

Eigil Boll Hansen, Helle Bendix Lauritzen og Nichlas Permin Berger

Sundhed til døren

Evaluering af et mobilt sundhedscenter i Stevns Kommune



Publikationen *Sundhed til døren – Evaluering af et mobilt sundhedscenter i Stevns Kommune* kan downloades fra hjemmesiden www.akf.dk

AKF, Anvendt KommunalForskning

Købmagergade 22

1150 København K

Telefon: 43 33 34 00

Fax: 43 33 34 01

E-mail: akf@akf.dk

© 2010 AKF og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til AKF.

© Omslag: Claus Boesen, Media Press og *Sundhed til døren*, Stevns Kommune

Forlag: AKF

ISBN: 978-87-7509-962-7

i:\08 sekretariat\forlaget\ebh\2997\2997_sundhed_til_doeren.docx

Oktober 2010

AKF, Anvendt KommunalForskning

AKF's formål er at levere ny viden om væsentlige samfundsforhold. Hovedvægten ligger på forskning i velfærds- og myndighedsopgaver i kommuner og regioner. Det overordnede mål er at kvalificere beslutninger og praksis i det offentlige.

Egil Boll Hansen, Helle Bendix Lauritzen og Nichlas Permin Berger

Sundhed til døren

Evaluering af et mobilt sundhedscenter i Stevns Kommune

Forord

Stevns Kommune har i perioden april 2007 til december 2009 med støtte fra Socialministeriet gennemført et projekt med titlen *Sundhed til døren*, som først og fremmest har omfattet et mobilt sundhedscenter i form af en bus, der har kunnet holde parkeret forskellige steder i kommunen. Til forskel fra et stationært sundhedscenter har det været muligt at etablere et tilbud om sundhedstjek og samtale om sundhed og livsstil, så mange borgere kun har haft kort afstand til at besøge sundhedscentret. Erfaringer fra dette tilbud fx med hensyn til, hvilken udstrækning det er lykkedes at få kontakt med borgerne er således væsentlig ikke kun for Stevns Kommune men også andre kommuner med overvejelser om, hvordan den borgerrettede forebyggelse kan tilrettelægges.

AKF har gennemført en evaluering af projekt *Sundhed til døren* efter opdrag fra Stevns Kommune, og i denne rapport formidles resultatet af denne evaluering. Målgruppen for rapporten er alle, der er involveret i at planlægge og udføre borgerrettet forebyggelse i kommunerne.

Forskerne takker for det gode samarbejde med medarbejdere og ledere i Stevns Kommune i forbindelse med evalueringen og alle andre, som har bidraget med informationer til evalueringen.

Projektet er gennemført af docent Eigil Boll Hansen, forskningsassistent Helle Bendix Lauritzen og forskningsassistent Nichlas Permin Berger.

Projektet har været finansieret af Stevns Kommune.

Eigil Boll Hansen
September 2010

Indhold

Sammenfatning	7
1 Baggrund og formål	12
1.1 Det mobile sundhedscenter	13
1.2 Kursusforløb	13
2 Problemstillinger, undersøgelsesdesign og empiri	15
2.1 Empiri og metode	16
2.1.1 Spørgeskema	17
2.1.2 Interview	18
3 Det mobile sundhedscenter	20
3.1 Organisering	20
3.1.1 Holdsteder og indretning	20
3.1.2 Bemanning og teammøder	21
3.1.3 Eksterne samarbejdsflader	22
3.2 Tilbud og metoder i sundhedsbussen	22
3.3 Hvem benytter sundhedsbussen.....	24
3.4 Synlighed og nærhedens betydning	31
3.5 Hvad er der foregået i sundhedsbussen?	33
3.6 Registrerede sundhedsproblemer blandt besøgende i bussen.....	34
3.7 Brugernes udbytte af sundhedsbussen – et kort perspektiv	35
3.8 Rammerne som barriere	38
4 Kursusforløb	40
4.1 Organisering	41
4.2 Tilbud.....	42
4.3 Metoder i kurserne	43
4.4 Gennemførte kursusforløb	44
4.5 Udbytte af kurserne	45
5 Ændringer i livsstil	49
5.1 Ændringer i vaner	49
5.2 Ændringer i <i>tilfredshed</i> med livsstil	55
6 Diskussion og konklusion	57
6.1 Betydningen af et mobilt sundhedscenter	57
6.2 Sundere livsstil	59
6.3 Konklusioner og anbefalinger	62
Litteratur	64
English Summary	65

Bilag 1: Skema "sæt tal på din sundhed"	69
Bilag 2: Definition af risiko- og ikke-risikogruppen	70
Bilag 3: Kontakten til de primære aldersgrupper.....	71

Sammenfatning

I perioden 1. april 2007 til 31. december 2009 har Stevns Kommune gennemført projekt *Sundhed til døren*, hvor det overordnede formål har været at opspore, rådgive om og forebygge livsstilssygdomme blandt kommunens borgere. For at nå ud til den brede befolkning har der som en del af projektet været etableret et mobilt sundhedscenter (sundhedsbussen) med tilbud til borgerne om, at få et tjek af sundhedstilstanden med hensyn til en række livsstilsfaktorer. Sundhedstjekket har gjort det muligt at afdække en eventuel risikoadfærd i forbindelse med rygning, sundhedsskadelig stress, overvægt og fysisk inaktivitet og rådgive omkring sund livsstil. Stevns Kommune har arbejdet med et succeskriterium for sundhedsbussen om at opnå kontakt til 10% af borgerne. Som en del af *Sundhed til døren* er der endvidere etableret en række kursusforløb, som vedrører kost og vægt, motion, rygestop og stresshåndtering.

I projektet er der arbejdet med en *primær målgruppe* defineret ved kvinder i aldersgruppen 30-50 år med risikoadfærd og mænd i aldersgruppen 40-65 år med risikoadfærd. Det har været målsætningen at nå 10% af primærgruppen i løbet af projektperioden. De afholdte kursusforløb har været særligt målrettet den primære målgruppe.

Den *sekundære målgruppe* er defineret ved borgere i kommunen, som ønsker afklaring af egen sundhedstilstand, og som ønsker at identificere behovet for en ændring af deres livsstil. Projektet har til den sekundære målgruppe tilbudt aktiviteter, som bidrager til, at denne har fået øget viden om livsstil og er blevet mere bevidst om sundhed.

AKF's rolle har været at evaluere:

- i hvilken udstrækning et *mobilt* sundhedscenter har været en forudsætning for at opnå kontakt med de relevante målgrupper,
- i hvilken udstrækning projektet medvirker til, at borgerne i Stevns Kommune på kort og lang sigt opnår en forbedret trivsel og sundhed.

Problemstillingerne er belyst gennem beskrivende analyser af *organisation, tilbud og metoder* i sundhedsbussen og de tilknyttede kursusforløb. Borgernes *benyttelse* af sundhedsbussen, *udbytte* af besøg i sundhedsbussen samt kursustilbud blandt borgere, der har benyttet sig af tilbuddene, er endvidere blevet analyseret. Ved kort sigt forstås umiddelbart efter deltagelsen i et tilbud, mens der som indikator for trivsel og sundhed på længere sigt er undersøgt borgernes livsstil og vaner samt tilfredsheden hermed ca. ½-2½ år efter deltagelsen i et tilbud.

Evalueringen består af et design, som kombinerer data fra sundhedstjek i sundhedsbussen, data fra spørgeskema samt kvalitativt interview- og dokumentmateriale. Udbytte af besøg i sundhedsbus og deltagelse i kursusforløb bygger på borgernes selvrapporterede udbytte af deltagelsen og ændringer af sundhedsvaner. I de følgende afsnit sammenfattes hovedresultaterne fra evalueringen.

Betydningen af et mobilt sundhedstilbud

Som svar på det første spørgsmål vedrørende det mobile sundhedscenter som forudsætning for at opnå kontakt med relevante målgrupper, har en spørgeskemaundersøgelse vist, at 84% af respondenterne vurderer, at sundhedsbussens holdsteder har været af betydning for deres besøg. Det handler blandt andet om, at bussen har været parkeret, hvor borgeren havde et ærinde eller parkeret tæt på borgerens bopæl.

I forhold til at nå borgerne i Stevns Kommune, har det således været en fordel med et mobilt sundhedstilbud, fordi bussen har gjort det muligt at parkere på steder, hvor borgere kommer forbi i anden anledning – det vil sige offentlige steder i kommunen, hvor der kommer mange mennesker i forbindelse med indkøb, ærinder mv.

Der er i perioden 1. april 2007 til 30. juni 2009 gennemført sundhedstjek af 1568 borgere i sundhedsbussen. Opgjort på kvartaler fremgår det, at der har været flest besøgende (mere end 500) i de første to aktive kvartaler i 2007. Antallet af besøgende er faldende henover hele projektperioden med laveste besøgsantal på 101 i 4. kvartal af 2008. Hvis det forudsættes, at besøgstallet i de sidste to kvartaler af 2009 har svaret til gennemsnittet, så er der i hele projektperioden udført sundhedstjek af godt 1.900 borgere fra Stevns Kommune. Dette er lidt mindre end det opstillede mål om at komme i kontakt med 10% af befolkningen, hvilket svarer til 2200 besøgende. Til det registrerede antal, som har fået udført sundhedstjek, skal der imidlertid lægges et ukendt antal personer, som har besøgt bussen uden at få gennemført et (registreret) sundhedstjek.

Under interview med busbesøgende blev nævnt, at sundhedsbussen er et godt supplement til de praktiserende læger, da det for borgeren kan forekomme oplagt at benytte bussen til spørgsmål, man ikke går til lægen med. Det kan dreje sig om et emne, som ikke udgør et sundhedsproblem eller vurderes som et mindre problem. Borgerne fremhæver, at der i bussen er *tid* til information og vejledning, og at der er perspektiv i indsatsen i og med, at man som borger aktiveres og vejledes i selv at gøre en forebyggende indsats.

Hvem kommer – er primærgruppen nået?

Analyser af besøgende i sundhedsbussen viser, at kvinderne udgør 60% og dermed hovedparten af de besøgende. Analyseresultaterne viser desuden, at projektet i høj grad har opnået kontakt til både kvinder og mænd med risikoadfærd defineret ved rygning, sundhedsskadelig stress, overvægt og/eller fysisk inaktivitet. Således har 72% af de kvindelige og 74% af de mandlige besøgende i sundhedsbussen en registreret risikoadfærd. I projekt *Sundhed til døren* har der imidlertid været opereret med en primær målgruppe i alderen 30-50 år for kvinder og 40-65 år for mænd. Denne målgruppe har kun udgjort 19% blandt besøgende kvinder og 25% blandt besøgende mænd. Det kan derfor konkluderes, at projektet med sundhedsbussen i mindre grad har opnået kontakt til den på forhånd definerede primære målgruppe, men bussen har i høj grad opnået kontakt med borgere i Stevns Kommune med risikoadfærd blot hovedsagelig i en ældre aldersgruppe.

En målsætning for projektet var at opnå kontakt med 10% af kvinderne i alderen 30-50 år og 10% af mændene i alderen 40-65 år i Stevns Kommune. Analyserne viser, at dette mål er nået for kvindernes vedkommende med præcis 10%, mens sundhedsbussen har været

besøgt af 7% af kommunens mandlige borgere i den beskrevne aldersgruppe. De ældre aldersgrupper har været overrepræsenteret blandt de besøgende. Det samme gælder besøgende med en videregående uddannelse.

Sundere livsstil

Det andet spørgsmål, om i hvilken udstrækning projektet medvirker til, at borgerne i Stevns Kommune på kort og lang sigt opnår forbedret trivsel og sundhed, er belyst ved at analysere selvrapporteret udbytte og adfærd blandt den gruppe af borgere, der har benyttet tilbuddet, og hvor der i sundhedsbussen er registreret risikoadfærd. I analyserne har vi således defineret en risikogruppe, som er afgrænset til at inkludere borgere med en registreret risikoadfærd (overvægt, højt blodtryk, rygning eller fysisk inaktivitet), men hvor der er set bort fra de alderskriterier, som indgår ved kommunens afgrænsning af den primære målgruppe.

Analyseresultaterne viser, at gennemsnitligt 35% af de besøgende i sundhedsbussen angiver, at de ved besøget fik bekræftet en sund livsstil. Det kan næppe tolkes som et væsentligt udbytte, men mere end halvdelen blev opmærksom på fx et behov for at ændre livsstil, fik en større viden om sundere levevis eller blev motiveret til at leve sundere. Resultaterne fra sundhedsdata fra bussen viser, at den type risikoadfærd, som hyppigst er registreret for både kvinder og mænd, er et højt BMI og et højt taljemål – det vil sige den type risikoadfærd, som har at gøre med overvægt og eventuel fysisk inaktivitet. Risikogruppen blandt både kvinder og mænd angiver at have haft det største udbytte af besøgene i forhold til at have fået større viden om sund livsstil, at være blevet opmærksomme på et behov for at ændre livsstil og at være blevet motiveret til at leve sundere. En fjerdedel blandt risikogruppen har endvidere angivet, at de begyndte at dyrke motion eller ændrede kostvaner som følge af besøget.

Kursusforløb om kost/vægttab og motion har fyldt mest i kursustilbuddene, som har været forbeholdt den primære målgruppe. Stort set alle kursusedtagerne angiver, at de har haft et udbytte af at deltage i et kursusforløb. Næsten halvdelen af deltagerne (48%) angiver, at de er blevet motiveret til at leve sundere, mens ca. 1/3 mener, at de har fået ny viden om sund livsstil, eller at de har fået anvist muligheder for hjælp til at leve sundere. I forhold til at ændre vaner svarer 73% af kursusedtagerne, at de på baggrund af deltagelsen generelt fik sundere vaner.

Alt i alt synes en stor del af de besøgende, som har fået et sundhedstjek i det mobile sundhedscenter og deltagerne i kursusforløb, at de har haft et umiddelbart udbytte i form af øget viden om sund livsstil eller en øget motivation til at leve sundere.

Livsstilsændringer på lang sigt

Evalueringen har ikke kunnet belyse konsekvenserne af *Sundhed til døren* for borgernes trivsel og sundhed på længere sigt. Analysen har alene omfattet borgere, som har besøgt sundhedsbussen eller deltaget i et kursusforløb, og som en mulig indikator for trivsel og sundhed på længere sigt har vi på tværs af busbesøgende og kursusedtagere undersøgt, i hvor høj grad risiko og ikke-risikogruppen har ændret livsstil ½-2½ år efter busbesøg eller

kursusdeltagelse. Vi har endvidere undersøgt deres tilfredshed med livsstil og vaner. I spørgeskemaet er der spurgt til borgerens vurderinger af egne vaner inden for en række forskellige aspekter af livsstil på undersøgelsestidspunktet sammenlignet med tiden før de gjorde brug af et tilbud under projekt *Sundhed til døren*.

På tværs af risiko- og ikke-risikogruppen angiver den største andel af deltagerne i *Sundhed til døren* en uændret tilstand med hensyn til motion (70%), kostvaner (63-78%), rygevaner (70%), måltider (78-89%) og vægt (67%). Ser man på de borgere, der angiver en ændring i positiv retning, er andelen, der fx dyrker mere motion, spiser mere frugt og grønt, spiser mere groft og mindre slik og vejer mindre, større i risikogruppen end i ikke-risikogruppen. Borgere i risikogruppen angiver således i højere grad at have fået sundere vaner på en række livsstilsaspekter efter deltagelse i tilbud under *Sundhed til døren*. I det kvalitative materiale fremgår det imidlertid, at en egentlig livsstilsændring kan være længe undervejs og først slår igennem efter kontakten med *Sundhed til døren*.

I forhold til risiko og ikke-risikogruppernes *tilfredshed* med aspekter som trivsel, den mad der spises, vægt og fysisk form ses en større tilfredshed i risikogruppen på undersøgelsestidspunktet, når der sammenlignes med tiden inden de gjorde brug af *Sundhed til døren*. Det skal igen understreges, at de fleste respondenter svarer, at tilfredsheden er den samme. Alt efter livsstilsområde ligger denne andel i størrelsesordenen 65-91%.

Vi finder også, at en større andel af deltagerne i et kursusforløb end besøgende i sundhedsbussen med risikoadfærd angiver at have fået sundere kostvaner, at dyrke mere motion eller at være gået ned i vægt. Det kan ikke udelukkes, at noget af denne forskel kan tilskrives kursusdeltagelsen, men det har sandsynligvis også betydning, at borgere, der har deltaget i et kursusforløb, på forhånd må formodes at have været mere motiverede for at ændre livsstil end den gennemsnitlige busbesøgende, og at flere kursusdeltagere derfor under alle omstændigheder ville have ændret livsstil.

Forankring af en sundere livsstil

Medarbejderne under *Sundhed til døren* peger på, at det i visse tilfælde har været en kilde til frustration, at der ved afslutningen af et kursus ikke umiddelbart har været et alternativt tilbud i kommunen at henvise til. Frustrationen kommer sig af, at de borgere i primærgruppen, som projektet har formået at motivere og mobilisere, risikerer at blive tabt efter tilbuddet ophører i og med, at det, ifølge medarbejderne, er en gruppe af borgere, som ikke umiddelbart melder sig i det lokale fitness center efterfølgende. Forankringsaspektet – hvordan en ændret livsstil og ændrede vaner holdes ved lige gennem opfølgende tilbud – kunne således i højere grad tænkes ind.

Hovedkonklusioner

Den overordnede konklusion fra evalueringen er, at det mobile sundhedscenter med holdsteder forskellige steder i kommunen har været en forudsætning for at komme i kontakt med en stor del af målgruppen. Det er imidlertid ikke muligt at angive omfanget.

Mere end halvdelen af de besøgende i sundhedsbussen og næsten alle deltagere i kursusforløb angiver selv, at de har haft et udbytte af besøget eller deltagelsen i forhold til en

sundere livsstil. Borgerne har altså modtaget en rådgivning om sund livsstil, de synes at have haft gavn af. Det er mere usikkert, i hvilken udstrækning tilbuddene har haft en indflydelse på, at borgerne har udviklet en sundere livsstil på længere sigt. Flertallet af de besøgende i sundhedsbussen har ikke ændret livsstil, mens mere end halvdelen af kursusedtagerne angiver at have fået en sundere livsstil på ét eller flere felter $\frac{1}{2}$ - $2\frac{1}{2}$ år efter deltagelsen. Kursusedtagelsen kan have haft en indflydelse, men evalueringen har ikke kunnet afdække, hvor stor en andel, der også uden kursusedtagelse ville have fået sundere vaner.

På baggrund af evalueringen kan det anbefales, at Stevns Kommune fortsætter med et sundhedstilbud, der kommer ud til borgerne og er synligt for borgerne. Det kan overvejes, hvordan nærheden til borgerne og tilgængeligheden kan styrkes.

Det bør overvejes, hvordan opfølgende tilbud til borgere, der har været i et kursusforløb, kan styrkes med henblik på at øge mulighederne for at fastholde borgerne i en sund livsstil.

1 Baggrund og formål

Stevns Kommune har med støtte fra Socialministeriet og med start den 1. april 2007 etableret et mobilt sundhedscenter med det formål at nå ud til den lokale befolkning med den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremmende rådgivning i kommunen¹. Bevillingen fra Socialministeriets satspuljemidler er en del af de midler, som var afsat til at etablere et antal rådgivnings- og forebyggelsescentre i kommunerne.

Sundhedscentret i Stevns Kommune er indrettet i en bus og projektperioden løb til udgangen af 2009. Som en del af *Sundhed til døren* har kommunen endvidere etableret en række kursusforløb, som vedrører kost og vægt, motion, rygestop og stresshåndtering.

Det overordnede formål med *Sundhed til døren* har været at opspore, rådgive om og forebygge livsstilssygdomme blandt den lokale befolkning. Projektet har skullet tilbyde aktiviteter til den primære målgruppe, der bidrager til og støtter den enkelte i at opnå en oplevelse af forbedret trivsel og forbedret sundhed. Endvidere har projektet skullet tilbyde aktiviteter til en sekundær målgruppe, som bidrager til, at befolkningen på Stevns får øget viden om livsstil og bliver mere bevidste om sundhed. Projektet kan ses som en konsekvens af, at kommunerne med kommunalreformen i 2007 fik ansvaret for den borgerrettede forebyggelse.

Den *primære målgruppe* har været kvinder i aldersgruppen 30-50 år med risikoadfærd og mænd i aldersgruppen 40-65 år med risikoadfærd. Ved risikoadfærd forstås rygning, sundhedsskadelig stress, overvægt og fysisk inaktivitet.

Afgrænsningen af den primære målgruppe beror på, at der i kommunen forventedes en stor repræsentation af mænd i alderen 50-65 år, og at embedslægen havde registreret mange tilfælde af sygdomme forårsaget af uhensigtsmæssig livsstil i netop denne aldersgruppe. Som baggrund for afgrænsningen af den primære målgruppe nævnes endvidere i procesplanen for *Sundhed til døren*, at der er flere indikatorer på, at kvinder i aldersgruppen i stigende grad har en risikoadfærd i form af højt forbrug af alkohol og tobak, forkert sammensat kost og for lidt motion. Sagsbehandlere i Stevns Kommune har angiveligt oplevet en stigende tendens til udbrændthed og stress blandt kvinder.

Den *sekundære målgruppe* har været borgere i kommunen, som har identificeret eget behov for afklaring af deres sundhedstilstand, og som ønsker at identificere deres behov for ændring af livsstil.

Borgere i den primære målgruppe tilbydes kursusforløb inden for emnerne: Mad, motion, rygestop og stresshåndtering. Med undtagelse af motionskurserne, som kun er hold, er der både mulighed for individuelle kurser og holdforløb.

¹ Se: <http://www.sundhedtildoeren.dk>

1.1 Det mobile sundhedscenter

Projektets titel *Sundhed til døren* udspringer af et ønske om, at Stevns Kommunes sundhedsfremmende tilbud til borgerne skal være tilgængelige i hele lokalområdet og på tidspunkter, som passer ind i forhold til arbejdsliv/familieliv. Derfor baserer projektet sig på et mobilt tilbud, som målgruppen finder tæt på sin bopæl, og det har således været et formål med projektet at afprøve en alternativ organisering af et sundhedscenter. Ud over at det har skullet være tilgængeligt for målgrupperne, har det skullet åbne op for nye initiativer og måder at udføre forebyggende arbejde.

Det mobile sundhedscenter er indrettet med samtalerum og fælles rum med "mini-eksperimentarium med temaet sundhed". Det mobile sundhedscenter har kørt rundt til kommunens landsbyer og holdt ved centrale steder i byen fx rådhus, supermarkeder og skoler. Bussen har været åben eftermiddag/aften og på tilpassede tidspunkter i weekenderne. Åbningstiden var planlagt til gennemsnitlig 25 timer ugentligt, men i praksis har det været 16½ time ugentligt. Det mobile sundhedscenter har endvidere deltaget ved særlige arrangementer i kommunen for at skabe opmærksomhed, lige som det på forskellig vis har været markedsført i kommunen. Bussens stoppesteder og åbningstider har været annonceret, og der har jævnligt været reklameret for aktiviteter og tilbud under *Sundhed til døren*.

Et besøg i sundhedscentret kan føre til 1) rådgivning om sundhed, 2) test af sundhedstilstanden og 3) henvisning til et kursusforløb (Stevns Kommune 2007). Arbejdet med at opspore, rådgive og forebygge udviklingen af livsstilssygdomme tager udgangspunkt i et møde med borgeren, hvor der inviteres til dialog om sundhed ud fra borgerens egen definition af begrebet. Sundhed bliver i denne retorik individuel og kan ses som en ressource, der kan styrke borgerens kompetencer til at magte og bestemme over sit eget liv. Indsatsen er endvidere stærkt inspireret af empowerment, der knytter sig til at styrke menneskers evne til at træffe valg. Den pædagogiske metode tager udgangspunkt i anerkendelse, hvor borgerens egen problemdefinition, problemforståelse og løsningsforslag anerkendes. Igennem den motiverende samtale søges skabt en dialog med borgeren om, hvordan rammerne (levestilskårene), vanerne (livsstilen) og familielivet skaber muligheder og barrierer for borgerens oplevelse af sundhed (se en uddybning af fremgangsmåden i kapitel 3).

1.2 Kursusforløb

I *Sundhed til døren* har der været tilbudt kursusforløb til den primære målgruppe, altså til kvinder og mænd i den beskrevne alder med risikoadfærd på et eller flere områder. Der blev fra starten planlagt kursusforløb inden for emnerne kost, motion, rygestop og stresshåndtering. Motionskurserne har kørt som hold, mens rygestop i regi af *Sundhed til døren* alene har været tilbudt som individuelle forløb. Rygestopkurser for hold har været afholdt i et sideløbende projekt *Tobaksforebyggelse i kommunen* og behandles ikke yderligere i denne rapport. Kost og stresshåndtering har været tilbudt både som hold og som individuelle forløb. Kursustilbuddene er uddybende beskrevet i kapitel 4.

Det var tanken, at deltagere til kursusforløb skulle rekrutteres blandt besøgende i det mobile sundhedscenter, og som tilhører den primære målgruppe, og hvor der altså er blevet konstateret en risikoadfærd. Det har imidlertid ikke været muligt at fylde kurserne op på den måde, og kursusforløbene har således været annonceret i den lokale presse og på kommunens hjemmeside. Borgere, som havde påbegyndt et kursus, men som ikke var blevet testet i det mobile sundhedscenter, blev opfordret til at besøge sundhedscentret og lade sig teste.

Til den bredere sekundære målgruppe har kommunen haft en række bredere tilbud (ud over det mobile sundhedscenter). Det drejer sig fx om arrangementer i samarbejde med Hjerteforeningen, artikler i lokalblade, foredragsaftener, tilbud om fx sundhedstjek til kommunens arbejdspladser, aktiviteter under nationale kampagner som fx Mens Health Week og tilstedeværelse ved andre sociale og kulturelle arrangementer. Disse tilbud behandles ikke nærmere i denne rapport.

2 Problemstillinger, undersøgelsesdesign og empiri

Evalueringen har belyst to overordnede problemstillinger ud fra et design, som kombinerer sundhedstest-data, spørgeskemadata og kvalitativt interview- og dokumentmateriale.

En overordnet problemstilling har været, i hvilken udstrækning den nærhed til borgerne, som et *mobilt* sundhedscenter (herefter: sundhedsbussen) giver mulighed for, har været en forudsætning for at opnå kontakt med de relevante målgrupper, hvilken betydning placeringen har haft, og hvad borgernes bevæggrunde til at besøge sundhedscentret har været.

En anden overordnet problemstilling har været, i hvilken udstrækning borgerne, gennem besøg i sundhedsbussen og deltagelse i kursustilbud, opnår en forbedret trivsel og sundhed. Det er inden for den relativt korte projektperiode vanskeligt at registrere ændringer i sundhedstilstand, og som en indikator for forbedret sundhed på længere sigt har vi derfor undersøgt ændringer i livsstil med hensyn til kost, rygning og motion samt mindsket risiko for at opleve (lange) perioder med stress. Som en indikator for en mulig forbedret sundhedstilstand på længere sigt har vi endvidere undersøgt borgernes tilfredshed med deres livsstil.

Der er flere teorier om sundhedsadfærd (Glanz m.fl. 2002; Green og Kreuter, 2005) som peger på nogle generelle forudsætninger for, at en indsats virker. Det fremhæves som vigtigt, at en indsats giver folk *relevant viden* og *motiverer* til en sundhedsfremmede adfærd samt giver *handlemuligheder* i form af konkrete tilbud eller *rammer* for en sundhedsfremmende adfærd i borgerens hverdag. Borgerne skal således have viden om vigtigheden af, at de ændrer adfærd, hvilket kan ske gennem konkrete indsatser. Derudover skal indsatsen tilrettelægges, så den stimulerer og styrker borgernes indre og ydre motivation for en bestemt adfærd. Med indre motivation menes, at borgerne skal have viljen og troen på, at de gennem en ændret adfærd kan påvirke deres sundhedstilstand. Den ydre motivation handler om, at man i nærmiljøet giver mulighed for at omsætte viden og motivation til konkret handlen, hvilket kan skabes gennem dels konkrete tilbud, fx ryge-stopkurser og relevante motionsforløb, som borgeren kan vælge at tage aktivt del i, dels gennem fysiske og strukturelle rammer. Der kan argumenteres for, at nærhed er et afgørende princip for en borgerrettet indsats. Det vil sige, at tilbud findes, hvor målgruppen færdes, eller i umiddelbar nærhed heraf, så borgerne har nemt ved at benytte sig af tilbuddet. For borgere, der er stærkt motiverede for at handle i forhold til livsstil betyder nærhed næppe så meget, mens nærheden har større betydning for borgere, der ikke er helt afklaret i forhold til at handle. Det er formodentlig især den sidste gruppe, der har brug for viden, rådgivning og handlemuligheder til at ændre livsstil.

Indsatsen i det mobile sundhedscenter vurderes at repræsentere en indsats, som retter sig mod at styrke borgernes viden om vigtigheden af at ændre adfærd og deres indre motivation for en bestemt adfærd. Kursusforløbene søger at motivere borgere i den primære målgruppe til at ændre livsstil, ligesom kursusforløbene repræsenterer nye handlemuligheder

– i hvert fald i kursusperioden. Derimod er handlemuligheder og rammer, som kan styrke borgernes ydre motivation til at ændre livsstil ikke repræsenteret i indsatsen.

Problemstillingerne analyseres gennem tre analysetrin:

- 1 Beskrivende *analyser af organisation, tilbud og metoder* i sundhedsbussen og de tilknyttede kursusforløb.
- 2 Beskrivende analyser af borgernes *benyttelse* af sundhedsbussen.
- 3 En analyse af borgernes *udbytte* af sundhedsbussen og kursustilbud.

2.1 Empiri og metode

Analyserne baseres på en række forskellige kilder til viden.

Til *analysetrin 1* benyttes foreliggende materiale i form af projektbeskrivelse, scrapbøger og interview med involverede medarbejdere. Materialet omhandler viden om, hvilke tilbud projekt *Sundhed til døren* har indeholdt, hvordan aktiviteter i sundhedsbussen og kursusaktiviteter har været organiseret, samt hvilke metoder der har været anvendt.

Til *analysetrin 2* vedrørende borgernes *benyttelse* af sundhedsbussen og de forskellige kursusaktiviteter anvendes data fra Stevns Kommune bestående af sundhedstest af i alt 1568 personer, som har besøgt sundhedsbussen i perioden 1. april 2007 til 30. juni 2009. Data stammer fra de fysiske test, som de besøgende har gennemført og rummer registrerede målinger vedrørende BMI, taljemål, blodtryk, blodsukker, kulilte og kondital. Til analysetrin 2 inddrages desuden resultater fra en gennemført spørgeskemaundersøgelse samt fokusgruppe- og individuelle interview med medarbejdere og borgere.

Analysetrin 3, om borgernes *udbytte* af sundhedsbussen og kursustilbud, baseres ligeledes på data fra Stevns Kommune bestående af sundhedstest af de i alt 1568 personer som har besøgt sundhedsbussen i projektperioden. Endvidere indgår tilfredshed med livsstil for de personer, som har benyttet sig af kursustilbud. Endelig er analysen baseret på den gennemførte spørgeskemaundersøgelse med i alt 1670 personer og på gennemførte fokusgruppe- og individuelle interview med medarbejdere og borgere.

Analysen af borgernes udbytte af at have deltaget i et tilbud under *Sundhed til døren* bygger på borgernes egen vurdering af udbyttet umiddelbart efter tilbuddet og deres vurderinger af, hvordan deres livsstil og vaner samt tilfredshed med livsstil og vaner har ændret sig efter deltagelsen. Vi har alene for kursUSDeltagerne en måling af tilfredshed med livsstil og vaner ved begyndelsen af kursUSDeltagelsen, som kan sammenlignes med den tilfredshed, der tilkendes ved spørgeskemaundersøgelsen. Andre mål for ændringer i livsstil og vaner bygger på svarpersonernes vurdering ved udfyldelsen af spørgeskemaet. Dette giver naturligvis en usikkerhed, og de ændringer, som rapporteres, kan således ikke tolkes som en effekt af kursUSDeltagelsen, da der ikke er noget sammenligningsgrundlag for, hvordan det ville være gået uden deltagelse i tilbud under *Sundhed til døren*. Med den usikkerhed der er knyttet til borgernes vurderinger af, i hvilken udstrækning de har ændret vaner og livsstil; giver analysen imidlertid et billede af, i hvilken udstrækning borgere, der

har besøgt sundhedsbussen eller deltaget i kursusforløb har ændret vaner og livsstil i en periode på mellem ½-2½ år. Vi kan imidlertid ikke opgøre, hvor meget der skyldes Stevns Kommunes sundhedstilbud.

2.1.1 Spørgeskema

Til analyserne har AKF gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt 1670 borgere i Stevns Kommune, som har benyttet sig af et tilbud i regi af projekt *Sundhed til døren* i perioden 1. april 2007-30. juni 2009.

Inden udsendelse af spørgeskemaet blev 155 personer sorteret fra pga. forsker/adressebeskyttelse, 22 personer blev frasorteret grundet flytning, mens 102 personer var registreret med adresser uden for kommunen. I alt blev spørgeskemaet således udsendt til 1391 borgere.

Spørgeskemaet er gennemført som en internetbaseret undersøgelse i perioden medio februar til primo april 2010. Der blev i perioden udsendt to rykkere, og desuden blev der udsendt 121 papirversioner af spørgeskemaet efter henvendelse fra personer uden adgang til internettet.

Af de 1391 personer som modtog et brev med en kode til den internetbaserede undersøgelse har 791 reageret på brevet og logget på spørgeskemaet. Af de 791 som har logget på er 82 faldet fra undervejs, hvilket vil sige, at de har påbegyndt besvarelsen, men lukket ned før de har gennemført alle spørgsmål.

Hvis man beregner svarprocenten som den andel af personer, der har påbegyndt og/eller gennemført spørgeskemaet i forhold til de 1391 personer, som modtog en invitation til at deltage i undersøgelsen, opnås en svarprocent på 57%. Tidligere undersøgelser af borgernes sundhedsadfærd viser, at det generelt kan være vanskeligt at opnå en god svarprocent gennem internetbaserede spørgeskemaundersøgelser².

Ved lave svarprocenter foretages typisk en bortfaldsanalyse for at se, om de personer der har valgt at besvare spørgeskemaet, adskiller sig markant fra hele gruppen, som var inviteret til at deltage i undersøgelsen. Bortfaldet er her undersøgt for alder og køn. Tabel 2.1 viser forskellene i fordeling på køn og alder i gruppen, som har besvaret spørgeskemaet, og gruppen som har modtaget et spørgeskema.

² Eksempelvis opnåede KRAM-undersøgelsen af danskernes kost-, ryge-, alkohol- og motionsvaner en samlet svarprocent på kun 14.2% (Christensen m.fl. 2009).

Tabel 2.1 Personer, der fik tilsendt spørgeskema, og personer, som har besvaret spørgeskemaet *procentvis* fordelt på køn og alder

		Personer der fik tilsendt spørgeskema	Personer som besvarede spørgeskema
Køn	Mand	39	36
	Kvinde	61	64
Alder	10-19	1	0
	20-29	4	1
	30-39	6	4
	40-49	15	15
	50-59	20	24
	60-69	28	32
	70-79	19	18
	80-90	8	6
I alt		100	100
N=		1391	791

Bortfaldsanalysen viser, at der ikke er væsentlige forskelle på gruppen af personer, som har besvaret spørgeskemaet, og dem som blev inviteret men undlod at svare. Hverken i alder eller køn adskiller de to grupper sig nævneværdigt fra hinanden, og der er således ikke tale om et systematisk bortfald på disse to faktorer.

Data fra spørgeskemaundersøgelsen behandles i de følgende kapitler gennem deskriptive statistiske analyser.

2.1.2 Interview

Til analyserne er der gennemført en række kvalitative interview med medarbejdere, projektledere og borgere, som har besøgt sundhedsbussen og/eller deltaget i afholdte kursusaktiviteter. Tabel 2.2 viser, hvilke og hvor mange der er blevet interviewet til undersøgelsen.

Tabel 2.2 Oversigt over antal interviewede personer

	Antal medvirkende	Interviewtype
Projektmedarbejdere	5	Fokusgruppeinterview
Projektledere	2	Fokusgruppeinterview
Besøgende i bussen	3	Fokusgruppeinterview
Deltagere på kursus	4	Individuelle interview
I alt	14	

I alt er 14 personer blevet interviewet fordelt på tre fokusgruppeinterview og fire individuelle interview. Fokusgruppen med projektmedarbejdere repræsenterer en bred profil af de medarbejdere, som har været tilknyttet projektet. Fire af fem har udført sundhedstest af borgere i sundhedsbussen, mens andre fire af fem har afholdt kursusaktiviteter for hold og/eller individuel vejledning inden for temaerne, kost og vægttab, motion samt rygestop. Tre af fem medarbejdere har været tilknyttet siden projektet startede i begyndelsen af april

2007, mens to er kommet til undervejs. Alle har haft en tilknytning til projektet, indtil det sluttede i november 2009.

Fokusgruppen med projektledere repræsenterer to af tre ledere, som har været tilknyttet projektet. Ingen af de to har været med til at udarbejde projektbeskrivelsen eller ansøge om midler til at gennemføre projektet. Begge har været tilknyttet siden opstarten i april 2007, og indtil projektets afslutning i november 2009.

Fokusgruppen med besøgende i sundhedsbussen er et ud af to planlagte fokusgruppeinterview omhandlende sundhedsbussen. Til hvert interview inviterede vi 20 borgere, der alle har besøgt bussen og fået lavet et sundhedstjek. Vi valgte at invitere borgere, som havde besøgt bussen inden for det sidste år af projektets aktive periode ud fra en forventning om, at dette kunne øge sandsynligheden for en god tilslutning. Af de i alt 40 inviterede borgere har vi til de to planlagte fokusgruppeinterview fået tilbagemeldinger fra seks borgere, hvoraf fire meldte, at de ønskede at deltage. På den baggrund gennemførte vi et enkelt fokusgruppeinterview med de tre deltagere, som havde mulighed for at medvirke på dagen. Den manglende opbakning til interview betyder, at information fra borgere om sundhedsbussen er begrænset og således ikke kan danne grundlag for repræsentative konklusioner om borgernes udbytte af sundhedsbussen. I stedet vil interviewmaterialet fungere med *eksempler* på udbytte i analysen heraf.

De fire gennemførte individuelle interview med borgere som har deltaget i kursusaktivitet i projektperioden blev gennemført som alternativ til fokusgrupper omkring hvert af temaerne: kost og vægttab, motion samt stress. Til hvert tema planlagde vi at gennemføre fokusgruppeinterview, hvor der blev inviteret mellem 12 og 20 borgere, der hver især har deltaget i kursus eller individuel vejledning om et af temaerne. Af de i alt 50 inviterede borgere til de tre planlagte fokusgruppeinterview modtog vi tilbagemeldinger fra syv borgere, hvoraf tre meddelte, at de ønskede at deltage. På denne baggrund blev der ikke gennemført fokusgruppeinterview. I stedet kontaktede vi igen de syv borgere, som havde henvendt sig, med en invitation til i stedet at deltage i et individuelt interview over telefon. Dette ønskede fire af de syv at deltage i. De fire som er interviewet repræsenterer kursus og individuel vejledning i temaerne kost og vægttab samt motion. To har desuden modtaget individuel stressvejledning, hvilket fremgik sent i begge interview, og hvilket ikke var det primære omdrejningspunkt for interviewet. Ligesom ovenfor betyder den manglende opbakning til interview, at information fra borgere om kursusaktivitet er begrænset og således ikke kan danne grundlag for repræsentative konklusioner om borgernes udbytte af de afholdte kursusaktiviteter. I stedet vil interviewmaterialet også her fungere med *eksempler* på udbytte i analysen heraf.

Interviewene blev gennemført med lydoptagelse, og på baggrund af lydoptagelserne blev der skrevet referat af interviewene. Der er af de individuelle interview alene taget referat af hovedpunkter fra interviewene. Interviewmaterialet er ikke analyseret selvstændigt, men interviewudsagn er brugt til at beskrive fremgangsmåden i projekt *Sundhed til døren* og til at give eksempler på borgernes vurdering af og udbytte af projektet.

3 Det mobile sundhedscenter

3.1 Organisering

Organiseringen af det mobile sundhedscenter/sundhedsbussen handler om bussens holdsteder, indretning, bemanning og samarbejdsflader.



3.1.1 Holdsteder og indretning

Sundhedsbussen har i projektperioden haft holdsteder i flere af byerne i Stevns Kommune:

- Hellested
- Hårlev
- Store Heddinge
- Strøby Egede
- Strøby
- Rødvig
- Klippinge

Sundhedsbussen er således kommet rundt i de forskellige dele af kommunen, men det har ikke været helt uproblematisk at parkere alle steder:

I Strøby Egede måtte vi ikke holde på grund af parkering i omkring det seneste år. Forretningerne mente, at de blev ramt økonomisk, fordi deres salg gik ned (Medarbejderinterview).

Som citatet beskriver, har visse af sundhedsbussens holdsteder mødt modstand fra de lokale forretningsdrivende, fordi bussen har optaget en ikke ubetydelig plads, jf. billede. I Hårlev holdt bussen parkeret ved rådhuset og i Store Heddinge ved Brugsen. Bussen har haft åbningstider en uge ad gangen på hvert holdsted.

Når man besøger sundhedsbussen træder man direkte ind i et stort rum med plads til samtale omkring et stort rundbord og med endnu en plads til samtale afskærmet bag en "roll-up". Derudover rummer bussen et aflukket rum til samtaler af mere privat karakter. Der hænger plancher med information om kost, motion, rygning mv., og der ligger diverse foldere og informationsmateriale, som borgeren kan få med derfra. I bussen står en motionscykel, en vægt og andet udstyr, som benyttes til de fysiske test, og derudover har bussen både toilet og køkkenfaciliteter.

3.1.2 Bemanding og teammøder

Bussen har været bemanded af et team bestående af blandt andet sygeplejersker, fysioterapeut og professionsbachelorer i sundhed og ernæring, og den har været bemanded eftermiddag og aften ca. 16,5 timer om ugen og på tilpassede tidspunkter i weekenderne. Bussen har henover perioden været bemanded af minimum to medarbejdere. Vagterne har været søgt planlagt således, at medarbejdere med forskellige faglige profiler har været på arbejde sammen. Målet har været, så vidt muligt, at dække temaerne om kost, motion, rygning og stress. Ved behov for anden vejledning har der været henvist til den relevante medarbejder eller delt visitkort ud, således at den besøgende selv kunne tage kontakt.

Mange af medarbejderne på projektet har været tilknyttet på deltid. Set fra medarbejderperspektivet har den begrænsede tilknytning øget behovet for god organisering mellem medarbejdere og ledelse med videndeling og erfaringsudveksling omkring de igangværende aktiviteter:

Det har godt kunnet være sådan lidt svært at holde styr på, hvad der var sket. I starten, hvor man bare afløste og lavede sundhedstjek, var det lidt svært. Det hjalp, da man inddrog medarbejderne i teammøderne, så vi fik føling med, hvad der rørte sig, og hvad folk talte om (Medarbejderinterview).

Teammøder har været afholdt hver 14. dag, dagsorden blev udsendt på forhånd og medarbejderne har i høj grad været involveret i at udarbejde og komme med punkter til dagsordenen. Teammøderne har blandt andet handlet om erfaringsudveksling og indholdet i kommende kampagner og annoncer:

Eksempelvis hvis et koncept skulle udtænkes, og hvilke aktiviteter vi skulle lave. Hvis eksempelvis Sundhedsstyrelsen kørte en kampagne, så kiggede vi på

forskellige materialer og prøvede at brainstorme på, hvordan vi kunne læne os op ad det. Kan vi gøre det bedre, eller er det godt, som det er? (Medarbejderinterview).

Medarbejderne fremhæver ligeledes, at der har været mulighed for supervision med en psykolog på teammøder, mens citatet herunder viser, at der høj grad også har været gjort brug af uformel sparring uden for teammøder medarbejderne imellem.

Jeg vil sige, at jeg uden for teammødet bruger mine kolleger meget til at tale om det, som er relevant. Vi mødes jo tit, og vi har brugt hinanden meget. Vi har måske i mindre grad brugt supervisionen. Hvis man har stået ugen før med et problem, så vender vi det lige, for så kan man ikke vente til næste teammøde (Medarbejderinterview).

Det har således været en formel med et større team med forskellig erfaringsbaggrund og kompetencer.

3.1.3 Eksterne samarbejdsflader

Projekt *Sundhed til døren* har som aktør i kommunens sundhedsfremmende indsats indgået i et samarbejde med de praktiserende læger i kommunen i den forstand, at de praktiserende læger har haft en enkelt repræsentant i projektets styregruppe. Medarbejderne peger dog på, at der i praksis har manglet kommunikation mellem projektet og de praktiserende læger i Stevns Kommune, og at det samarbejde, der har været, kunne have været bedre. Der peges blandt andet på, at inddragelse af de praktiserende læger tidligt og undervejs i projektet kunne have medvirket til at gøre arbejdet med kommunens borgeres sundhedstilstand til en fælles indsats. En bredere kontakt og dialog mellem medarbejdere og de praktiserende læger i kommunen efterspørges således.

Ud over de praktiserende læger har projektet haft samarbejdsflader med blandt andet Hjerteforeningens motionskomite i forbindelse med aktiviteter i hjerteugen 2007, 2008 og 2009, med Stevnsbladet til at bringe artikler om aktiviteter og med lokale idrætsforeninger i forbindelse med afholdelse af motionsaktiviteter. Endvidere har der været samarbejdet med Trivselspsykologerne i forbindelse med stresshåndteringsforløb og med Hårlevhallen i forbindelse med afholdelse af foredrag.

3.2 Tilbud og metoder i sundhedsbussen

Der kan spores en høj grad af sammenhæng mellem de tilbud, som gives i bussen, og de metoder medarbejderne arbejder ud fra. Det tilbud, der gives, tager udgangspunkt i en metode, som placerer den enkelte borgers ønske i centrum.

Ved ankomst til bussen henvender medarbejderen sig til den besøgende og indleder en samtale om sundhed for at afdække, hvor fokus skal ligge: Er det kost, motion, stress eller rygning, som er borgerens eget primære fokus, eller er den besøgende generelt nysgerrig. En medarbejder fortæller:

De skal i-tale-sætte, at de fx gerne vil i gang med at motionere. Det er ikke os, som skal sige, at det er en god ide. Vi skal rundt om det, så de selv siger "jamen, jeg skal da i gang med at motionere", og så kan vi komme med vores tilbud. Så kan vi sige "Ja, det lyder som en fantastisk idé – hvordan vil du gribe det an" (Medarbejderinterview).

På baggrund af den indledende samtale tilbydes den besøgende fysiske test af blodtryk, fedtprocent, taljemål, kondital, BMI, kulilteniveau og blodsukker. Resultaterne indtastes i skemaet: *Sæt tal på din sundhed*; et skema som anvendes ved alle fysiske sundhedstjek af borgere i bussen og ved gentagne sundhedstjek³. Der gennemføres en, flere eller ingen fysiske test alt efter borgerens ønske.

Efter de fysiske test tager vejledningen og rådgivningen udgangspunkt i resultaterne, hvor fortolkning tilbydes og de eventuelle sundhedsrisici, der kan være forbundet med de observerede testresultater, berøres. I vejledningen arbejdes ud fra den motiverende samtale – en samtaleteknik som drejer sig om, at få den besøgende til selv at erkende sit problem og i-talesætte sit behov. Derefter kan medarbejderen stille sin viden til rådighed. Der er således ikke tale om, at medarbejderen udpeger problemet, men om at vejledning sker på baggrund af et selverkendt problem:

Det handler spørgeteknisk om at få dem vendt og drejet, så de kan spejle sig og komme til at se problemet selv. Man vil gerne være tynd og slank og have god kondi, men så skal man lige hente børnene. Man skal prøve at få spurgt ind til de undskyldninger, de kommer med, sådan så de selv får vendt de dårlige undskyldninger og selv siger, hvad problemet er (Medarbejderinterview).

I forhold til at praktisere den motiverende samtale har projektmedarbejderne deltaget i et kursus af nogle dages varighed:

Den motiverende samtale var en weekend og to opfølgende dage. Mange af os har været på "vægt-stop"-uddannelse sidste år. Det har givet rigtig god mening. Det bygger meget på de samme koncepter. Det er det med at tage små skridt i livsstilsændringerne og selv tage ansvar – det har vi i hvert fald koblet det med (Medarbejderinterview).

Er den besøgende i bussen en del af projektets definerede *primære* målgruppe, har medarbejderne kunnet henvise videre til et af de kursustilbud, som har været oprettet i projektperioden. Til den primære målgruppe har projektet haft tilbud om individuel vejledning omkring stress, kost/vægttab og rygning. Længerevarende vejledningsforløb har givet medarbejderne god mulighed for at følge den enkelte borgers fremskridt, og metoden med at tage "små skridt" har, ifølge medarbejderne, spillet godt sammen med den løbende

³ Se bilag 1

opfølgning. Heroverfor kan den enkeltstående buskonsultation skabe tvivl om borgerens udbytte af metoden:

Har man dem bare en enkelt gang, så sidder man tit og tænker over, hvor meget de fik med. For de vil bare hjem og i gang, men er det også sådan ugen efter? Der mangler man nogle gange det opfølgende. Der sidder man tilbage og har gjort, hvad man kunne, men var det nok? (Medarbejderinterview).

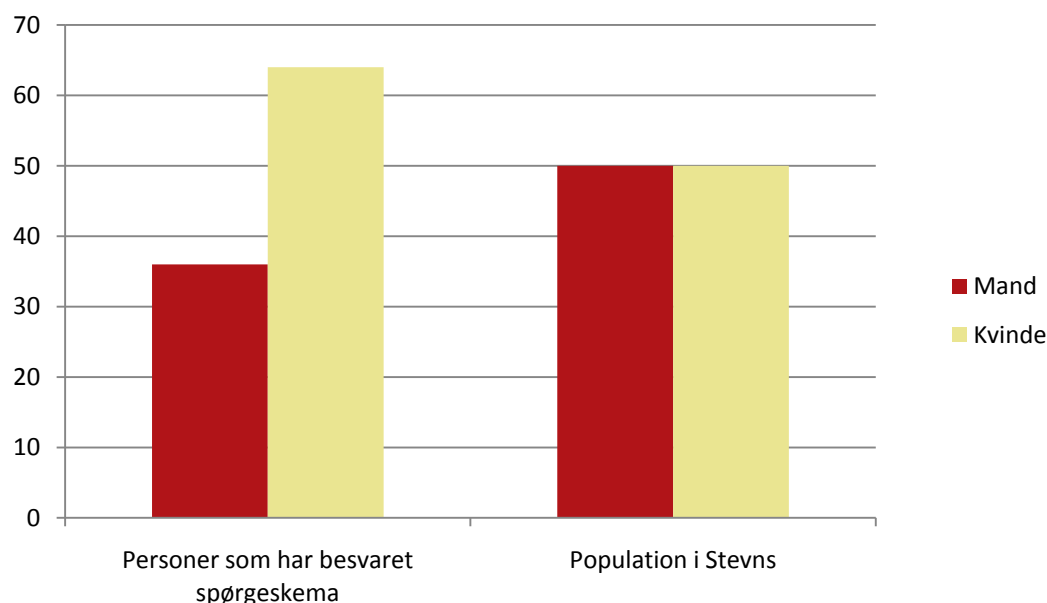
Ud over individuel vejledning har medarbejderne kunnet henvise primærgruppen til holdforløb i både motion, stresshåndtering, kost/vægttab samt rygestopkurser i et sideløbende projekt.

3.3 Hvem benytter sundhedsbussen

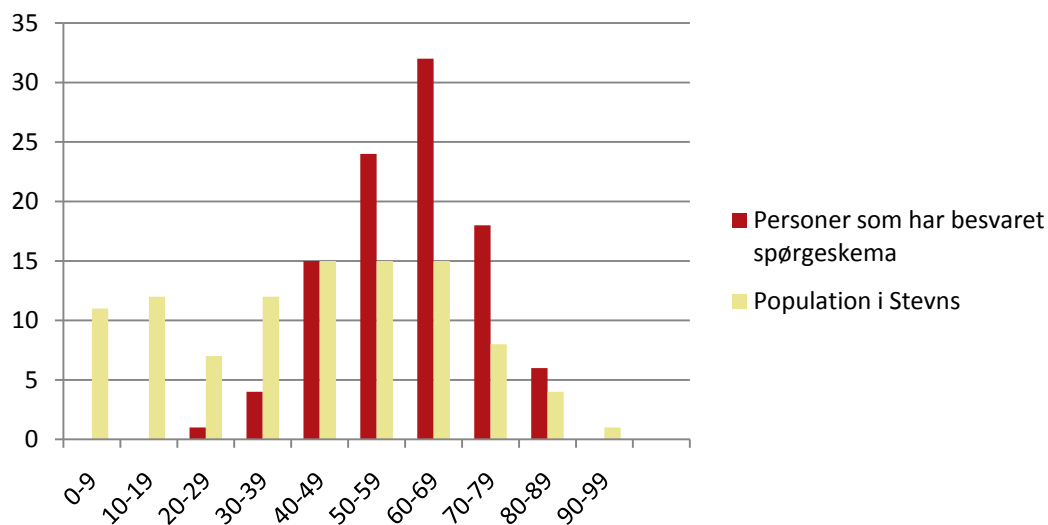
For at få et indtryk af, hvordan de borgere, som er registreret i projekt *Sundhed til døren*, er sammensat i forhold til befolkningen i Stevns Kommune, har vi sammenlignet deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen med kommunens samlede befolkning. Der er sammenlignet med hensyn til køn, alder og uddannelsesniveau. Sammenligningen ses i Figur 3.1.

Figur 3.1 Personer som *har besvaret spørgeskemaet* og den samlede befolkning i Stevns Kommune *procentvis* fordelt efter køn, alder og uddannelsesniveau

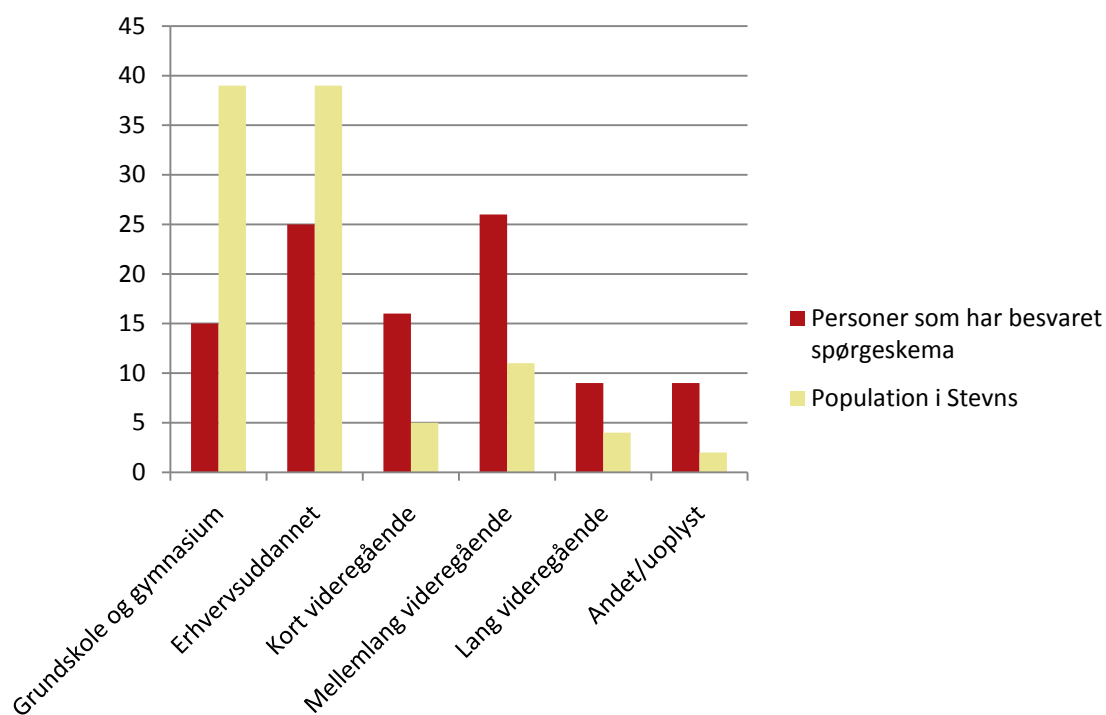
Køn



Alder



Uddannelse



Personer, som har besvaret spørgeskema=791, population i Stevns=15.389

Som det fremgår af Figur 3.1 er der sammenlignet med alle kommunens borgere en overvægt af kvinder blandt borgere, som har besvaret spørgeskemaet. Ligeledes er der aldersmæssigt en forskel fra den øvrige befolkning på Stevns, hvor særligt de 20-29årige og 30-39årige er underrepræsenteret i spørgeskemaundersøgelsen, mens de 50-59årige, de 60-69årige og de 70-79årige er overrepræsenteret i forhold til alderssammensætningen i kommunen. Endelig

er udsnittet, som har besvaret spørgeskemaet, skævt i forhold til borgernes fordeling på uddannelsesniveau. Tendensen går i retning af, at de borgere, som har besvaret spørgeskemaet, har et bedre uddannelsesniveau. Således er personer med videregående uddannelser stærkt overrepræsenterede i forhold til populationen på Stevns, mens færre blandt udsnittet, som har besvaret spørgeskemaet, har grundskole og gymnasium eller erhvervsuddannelse som højest fuldførte uddannelse. Dette antyder, at tilbuddene i *Sundhed til døren* tiltrækker en gruppe af borgere, som uddannelsesmæssigt set ligger over kommunegennemsnittet.

Vi vurderer, at deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen i stor udstrækning er repræsentative for registrerede deltagerne i tilbud under *Sundhed til døren*. Det betyder, at der i forhold til befolkningen blandt deltagerne er en overvægt af kvinder, en overvægt af borgere over 50 år og en overvægt af borgere med en videregående uddannelse.

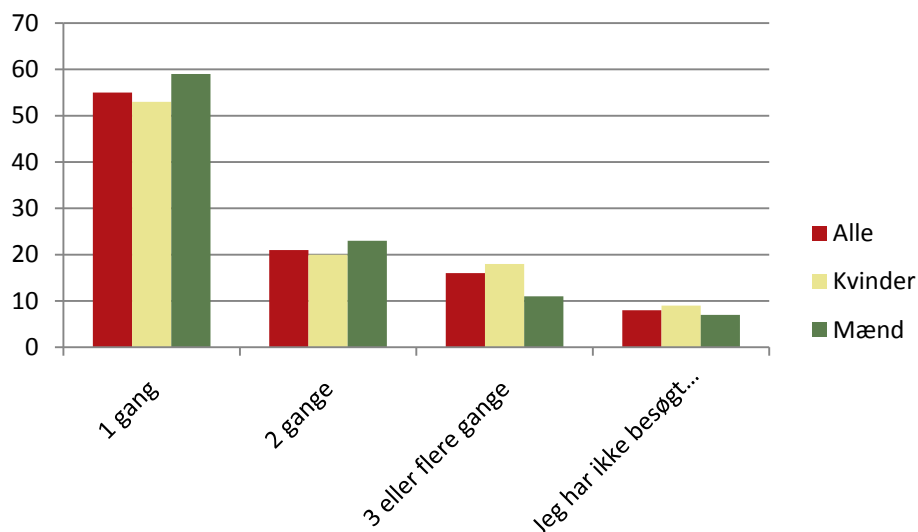
En opgørelse af besøgende i sundhedsbussen, som har fået registreret en sundhedstest, viser at i alt 1568 borgere har gennemført en sundhedstest i perioden april 2007 til juni 2009. Heraf er 60% kvinder, og det kan således også på denne baggrund konstateres, at sundhedsbussen har opnået mest kontakt med kvindelige borgere. Dette er ikke så overraskende set i forhold til, at mænd generelt vurderer deres helbred mere positivt end kvinder (Kjøller, Juel og Kamper-Jørgensen 2007), at kvinder oftere tror, at egen indsats er særdeles vigtig for at bevare et godt helbred, at kvinder oftere angiver at gøre noget for at bevare eller forbedre helbredet, og at kvinder oftere besøger praktiserende læge og også oftere benytter andre behandlingstilbud (Ekholm m.fl. 2006). Tabel 3.1 viser antallet af besøgende og aldersgennemsnittet opgjort på køn.

Tabel 3.1 Antal besøgende i sundhedsbussen opgjort på køn og aldersgennemsnit

	Antal	Aldersgennemsnit	Procentfordeling
Mænd	633	58	40
Kvinder	935	59	60
Total	1568	58,6	100

I forhold til hvor vidt der har været flergangsbesøgende, viser figur 3.2, at det for både kvinder og mænd har været mest almindeligt med et enkelt besøg. Først ved *tre eller flere gange* ses en forskel mellem kønnene. Tabellen viser således, at knap dobbelt så mange kvinder som mænd har besøgt sundhedsbussen tre eller flere gange.

Figur 3.2 Besøgende i sundhedsbussen som har besvaret spørgeskema fordelt på køn og procentvis efter antal besøg siden april 2007

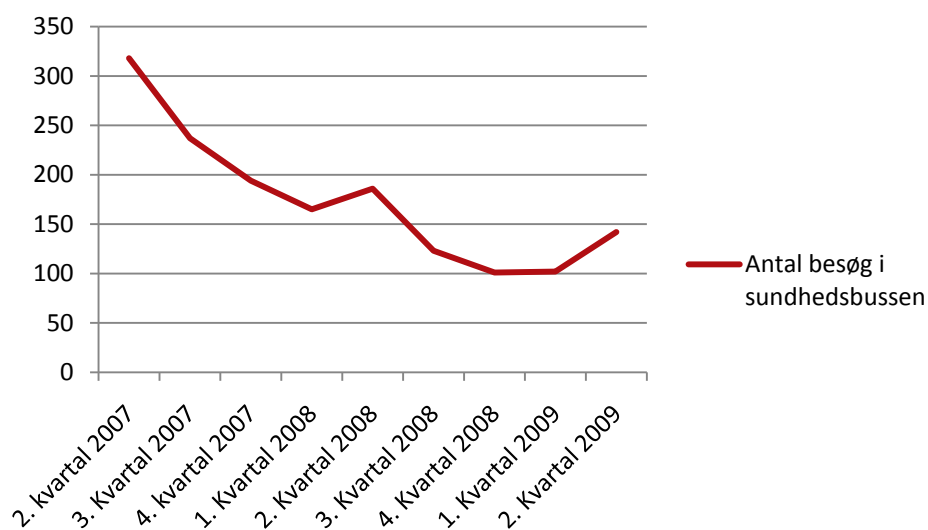


Antal mænd= 282, antal kvinder=494, antal i alt=776

I forbindelse med tilbuddet i sundhedsbussen, har der ikke været tale om egentligt opsøgende arbejde, hvor den enkelte borger er blevet kontaktet – bussen har været annonceret hver uge i Stevnsbladet, den lokale avis, som omdeles til størstedelen af den lokale befolkning. Desuden har pjecer om projektet og tilbuddene været tilgængelige hos praktiserende læger, på apoteker og biblioteker.

Figur 3.3 viser, hvordan de registrerede førstegangsbesøg i sundhedsbussen fordeles på kvartaler.

Figur 3.3 Oversigt over antal førstegangs besøgende i sundhedsbussen opgjort i kvartaler i perioden 01.04.2007-30.06.2009



Antal besøgende i alt=1568

Der er flest besøg i de første kvartaler, hvilket formodes at være et resultat af sundhedsbussens nyhedsværdi i denne periode. Antallet af besøg er således aftagende over de to år, lige bortset fra 2. og 4. kvartal i 2009, hvor antallet stiger igen.

Tabel 3.2 viser på baggrund af besvarelserne fra spørgeskemaet, hvordan borgere i Stevns har opnået kendskab til sundhedsbussen.

Tabel 3.2 Procentandel som har angivet en bestemt kilde til kendskab til sundhedsbussen opgjort på køn

	Alle	Kvinder	Mænd
Jeg læste om den i avisen	58	60	55
Jeg læste om den på kommunens hjemmeside	6	6	6
Jeg så en annonce	20	20	20
Jeg hørte om den fra familie, venner eller bekendte	10	9	10
Jeg så den holde, hvor jeg kom forbi	50	48	52
Jeg hørte om den på et kursus	1	0	1
Jeg hørte om den på min arbejdsplads	7	8	5
Jeg hørte om den på anden måde	3	2	3
Jeg kan ikke huske det	0	0	0
Procentgrundlag	791	506	285

Anm.: Procenttallet summerer til mere end 100%, fordi folk har haft mulighed for at angive mere end et svar.

Den fremgår, at langt de fleste besøgende, har fået kendskab til bussen ved at have læst om den i avisen, i en annonce eller ved at have set den holde, hvor de nu passerede forbi. Der er i forhold hertil ikke nær så mange, der har angivet, at de læste om den på kommunens hjemmeside, fået kendskab til den på kursus eller på deres arbejdsplads. Det fremgår også, at der ikke er nogen nævneværdig forskel mellem kvinder og mænd.

I bussen har man ikke afvist nogen, men i forhold til den primære målgruppe er konklusionen blandt medarbejderne, at den har været vanskelig at nå:

Det er de ressourcestærke, som kommer i bussen. Set over en bred kam, så er det dem, som gerne vil bekræftes eller korrigeres lidt – eller nogle som vil vide, om de er på det rigtige spor med hensyn til rygestop eller træning. De får helt sikker noget med sig og da også noget relevant, men det er meget den gode gruppe, vi taler med... og så de ældre. De som vil bekræftes i, at de er gode og så de ældre. Dem har vi haft mange af (Medarbejderinterview).

Ifølge interviewet med projektlederne har sundhedsbussen også været tænkt som et bredt tilbud, og i den kommunikation der har været udadtil for at skabe opmærksomhed omkring bussen, har der eksempelvis ikke figureret en aldersbegrænsning som på de afholdte kurser.

På trods af en bred målgruppe giver også lederne udtryk for, at det – særligt i starten – var en udfordring at nå den definerede primære målgruppe med sundhedsbussen:

I starten var det mest de ældre, hvilket frustrerede os meget og gjorde, at vi tænkte meget over, om vi kunne kommunikere anderledes ud og sætte nogle andre billeder i osv. Det har vi forsøgt at arbejde med. Når man spørger de unge kvinder i 30'erne, siger de, at de ikke har brug for tilbuddet, at det ikke er relevant for dem, og at de føler sig sunde og raske. Pensionisterne de er måske allerede dér, hvor de har mere fokus på deres ve og vel, og det er derfor mere relevant for dem at komme op og få lavet nogle målinger (Lederinterview).

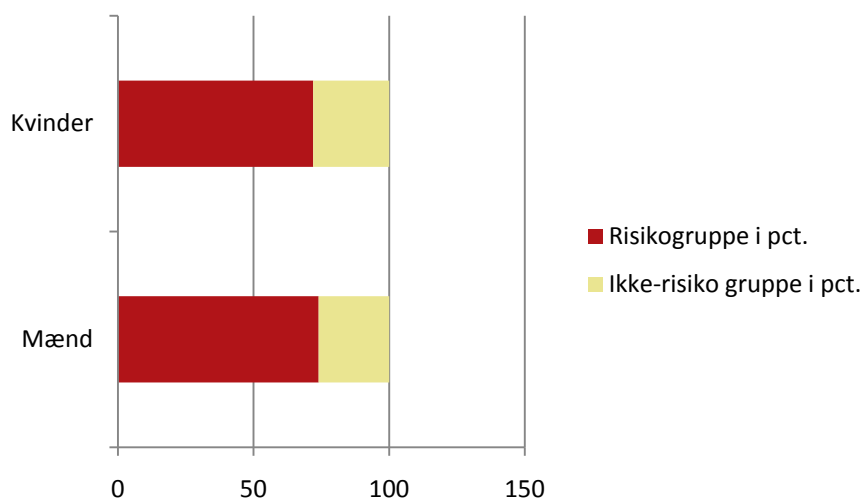
De efterfølgende tabeller illustrerer, hvem sundhedsbussen er kommet i kontakt med.

I de efterfølgende analyser er der anvendt to forskellige inddelinger af besøgende i sundhedsbussen.

- a. Når besøgende inddeles i den *primære og sekundære målgruppe*, er der anvendt projekt *Sundhed til dørens* definition. Den primære målgruppe er kvinder mellem 30 og 50 år med et registreret sundhedsproblem og mænd mellem 40 og 65 år med et registreret sundhedsproblem. Mens den sekundære målgruppe er afgrænset til at være øvrige (borgere i kommunen, som har identificeret eget behov for afklaring af deres sundhedstilstand, og som ønsker at identificere deres behov for ændring af livsstil).
- b. Når der inddeles i en *risikogruppe og ikke-risikogruppe*, er der tale om grupper, som er konstrueret til evalueringen. Risikogruppen er borgere uanset alder, som under et besøg i sundhedsbussen har fået registreret et sundhedsproblem. Ikke-*risikogruppen* er borgere, hvor der ikke er konstateret et sundhedsproblem i sundhedsbussen.

Figur 3.4 viser, hvordan kvinder og mænd, der har besøgt bussen, fordeler sig i henholdsvis risiko- og ikke-*risikogruppen*. Det er tydeligt, at fordelingen er ensartet for de to køn, og at tre ud af fire (knap 75%) besøgende i sundhedsbussen har fået konstateret et sundhedsproblem gennem en af de fysiske test af BMI, taljemål, blodtryk, blodsukker, kulilteværdi og/eller motion.

Figur 3.4 Besøgende i bussen fordelt på køn og procentvis efter risiko- og ikke-risikogruppe. Opgjort på køn

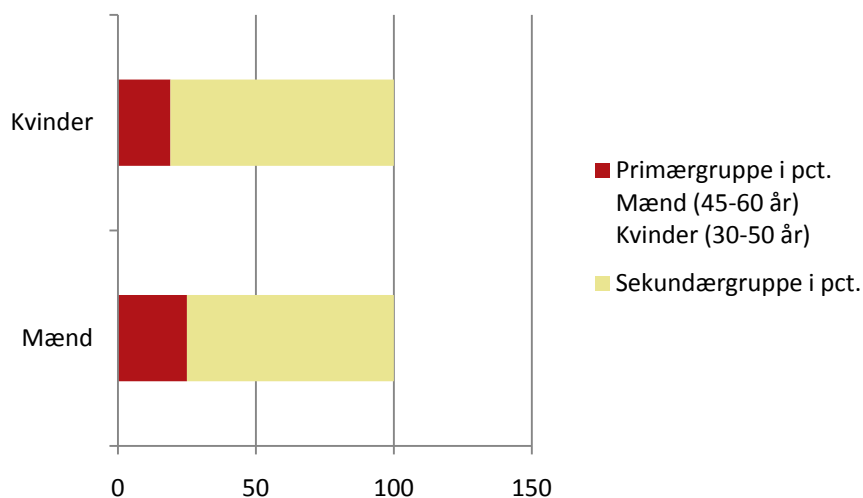


Mænd=630, kvinder=938

De besøgende har altså i stor udstrækning haft et eller flere sundhedsproblemer.

I projekt *Sundhed til døren* er et alderskriterium tilføjet ved afgrænsningen af projektets målgrupper, og i Figur 3.5 er vist, hvordan de besøgende er fordelt på projektets primære og sekundære målgruppe opgjort på køn. Det fremgår her, at kun et mindretal blandt både kvinder (19%) og mænd (25%) tilhører projektets primære målgruppe. Dette skyldes imidlertid hovedsageligt alderskriteriet, hvor mange af de besøgende falder uden for de definerede aldersgrænser. Det ses, at primærgruppen udgør en lidt større andel blandt mænd end blandt kvinder.

Figur 3.5 Besøgende i bussen fordelt efter køn og procentvis efter primær- og sekundærgruppe



Mænd=630, kvinder=938

Der ses det samme mønster for risiko-/ikke-risiko gruppen og primær-/sekundærgruppen for de 730 besøgende, der har besvaret spørgeskemaet. Blandt mænd, der har besvaret spørgeskemaet, er der dog en større andel (41%), der tilhører primærgruppen, end blandt alle besøgende mænd.

Projektets primærgruppe udgør altså en relativ lille andel (21,4%) af 1568 personer, der har fået gennemført et sundhedstjek. 19% af kvinderne (178 ud af 938 kvinder) og 25% af mændene (158 ud af 630 mænd) tilhører primærgruppen.

En fremskrivning af Stevns Kommunes befolkningssammensætning viser blandt andet, at repræsentationen af mænd mellem 50 og 65 år vil være stor, og at mænd i denne aldersgruppe, som er bosiddende i kommunen, udvikler livsstilssygdomme i højere grad end landsgennemsnittet (Stevns Kommune 2007). På baggrund heraf har der i projektet været en målsætning om, at få kontakt med 10% af mænd i aldersgruppen 40-65 år og kvinder i aldersgruppen 30-50 år. En beregning af, hvor meget de besøgende i disse aldersgrupper udgør af Stevns Kommunes samlede antal borgere i aldersgrupperne viser, at målet er nået for kvindernes vedkommende med præcis 10%, mens der blandt den relevante mandlige befolkning er opnået kontakt til 7%⁴.

For de 730 personer, der har besøgt bussen og besvaret spørgeskemaet, er 14% af kvinderne (64 ud af 458 kvinder) og 41% af mændene i primærgruppen (112 ud af 272 mænd). Samlet er 24% i primærgruppen.

I det følgende har vi fundet det relevant at se på risikogrupperne, det vil sige besøgende med registrerede sundhedsproblemer uanset alder. Resten af denne rapport inkluderer derfor ikke alderskriterierne. Vi vil i nogle tilfælde referere til projektets primær-/sekundæropdeling, men analyserne baseres udelukkende på risiko-/ikke-risikogruppen.

3.4 Synlighed og nærhedens betydning

I forhold til at nå de primære såvel som sekundære målgrupper fremhæver borgerne, at bussens synlighed i bybilledet, og det at den har stået forskellige steder i kommunen, har betydet, at man som borger har mødt den, hvor man færdes. Det fremhæves at have fået mange til at bruge bussen, som de ellers ikke ville:

I dette projekt har det mest spændende været, hvordan man når ud til flest muligt for at øge sundheden og skabe bedre trivsel. Jeg ved ikke, om det var i denne kommune, men der har været en sundhedsbus ude ved containerpladserne, og det er jo en genial ide, for det er brugere som aldrig ville være kommet i bussen af sig selv. Det er et godt bevis på, at nærheden har stor værdi (Fokusgruppeinterview med busbesøgende).

⁴ Se bilag 3. Udregningen er baseret på perioden 1. april 2007 til 30. juni 2009, hvilket betyder, at bussen fortsat har modtaget besøgende i yderligere to kvartaler. Beregningen inkluderer ikke borgere i de primære målgrupper, der formodentlig har besøgt bussen i de sidste to kvartaler af 2009. Derfor må det også formodes, at de beregnede procenter undervurderer kontakten til de primære målgrupper en smule.

Tabel 3.3 viser betydningen af sundhedsbussens holdsteder for, hvorvidt borgere har besøgt bussen. Tabellen er baseret på besvarelser af spørgeskemaet.

Tabel 3.3 Besøgende i sundhedsbussen procentvis fordelt efter betydningen af sundhedsbussens holdsteder

	Alle	Mænd	Kvinder
Besøgte bussen fordi den var parkeret tæt på min bopæl	36	31	39
Besøgte bussen fordi den var parkeret, hvor jeg havde et ærinde	48	51	47
Jeg ville have besøgt bussen uanset holdsted	13	14	12
Ved ikke	3	3	3
I alt	100	100	100
N=	713	261	452

Det ses, at størstedelen (48%) har besøgt bussen pga. et ærinde i nærheden, og 36% fordi den var parkeret tæt på bopælen. Alt i alt kan man sige, at 84% af besøgene har at gøre med, at bussen har været parkeret, hvor folk bor eller kommer. Nærheden er altså ikke ubetydelig for, om bussen besøges.

I interviewmaterialet fremhæver borgerne, at der kunne være gjort mere ud af nærheden ved at etablere tættere samarbejde med skoler, arbejdspladser og andre allerede eksisterende netværk i Stevns Kommune:

De (sundhedsbussen, red.) skal besøge folk, frem for at folk skal besøge dem. Det kunne de fx gøre i grundejerforeninger, landsbylav, på arbejdspladser, i børneinstitutioner til forældredag mv. De skal have mulighed for at trække på sundhedsbussen, fx ved at man kan rekvirere den (Borgerinterview).

Man skal ud at have mere kontakt til de små netværk, som er der i forvejen. Derved rammer man forskellige målgrupper. Folk er jo dovne og vil ikke stå frem. Du skal opsøge folk de rigtige steder (Borgerinterview).

Man kunne jo bruge det i undervisningen, man kunne lave testene og så lave matematik på data, eller hvad ved jeg. Det med at koble nogle ting fra bussen ind i undervisningen og lave noget temaarbejde. Selvom der har været prøvet en masse med bussen, ligger der mange ideer uprøvede hen (Fokusgruppeinterview med busbesøgende).

Hovedpointen fra citaterne er, at sundhedsbussen med fordel i højere grad kunne være tænkt ind i de eksisterende netværk, som findes i kommunen. Refleksionerne handler om, at man derved kunne øge deltagelse fra udvalgte målgrupper. For at opnå en øget kontakt kunne bussen fremadrettet dels tænkes mindre, dels mere mobil, hvorved netværk, institutioner mv. kunne besøges og/eller have mulighed for at rekvirere et besøg af sundhedsbussen.

3.5 Hvad er der foregået i sundhedsbussen?

Ovenfor fremgik det, at det generelle indtryk blandt både medarbejdere og projektledere var, at det er "den ressourcestærke gruppe", som besøger bussen, og at besøget drejer sig om at få bekræftet en sund livsstil eller få bekræftet, at de er på det rette spor med hensyn til træning og livsstil. Der har formentlig været mange besøgende i bussen, som af forskellige grunde ikke har ladet sig registrere og ikke har opgivet CPR-nummer. Der har derfor været flere end de 1568 besøgende i bussen.

Tabel 3.4 og 3.5 giver indtryk af, hvad borgerne i spørgeskemaet har angivet som årsag til besøg i sundhedsbussen, og hvad der skete under deres første besøg i sundhedsbussen.

Tabel 3.4 Procentandel som har angivet en bestemt årsag til første besøg i sundhedsbussen blandt borgere som har besvaret spørgeskemaet. Opgjort på køn

	Alle	Kvinder	Mænd
Jeg ønskede at få et sundhedstjek	46	42	53
Jeg var bekymret for helbredet	7	7	6
Jeg var nysgerrig efter, hvad der foregår i sundhedsbussen	42	42	41
Det var en pludselig beslutning	17	17	17
Anden årsag	16	17	14
Jeg kan ikke huske det	0	0	0
Procentgrundlag	791	506	285

Anm.: Procenttallet summerer til mere end 100%, fordi folk har haft mulighed for at angive mere end et svar.

Der er bemærkelsesværdigt, at blot 7% angiver *bekymring for helbredet* som årsag til det første besøg. Næsten halvdelen angiver, at *de ønskede et sundhedstjek*, og 42% at *det var af nysgerrighed*. Der kan være overlap her, da det er tilladt at angive flere årsager. Der er ingen nævneværdig forskel mellem kvinder og mænd.

Tabel 3.5 viser, hvilke aktiviteter/test de besøgende har gennemført under det første besøg i sundhedsbussen. Det har været muligt at angive alle gennemførte aktiviteter/test under besøget.

Tabel 3.5 Procentandel som har angivet at en bestemt ting skete under det første besøg i sundhedsbussen. Opgjort på kvinder og mænd

	Alle	Kvinder	Mænd
Jeg havde en samtale om mit helbred og min livsstil	48	46	52
Jeg fik målt blodtryk	76	72	82
Jeg fik målt blodsukker	41	38	46
Jeg fik målt kulilte	9	9	10
Jeg fik målt kondition	35	29	45
Jeg blev vejjet/fik målt fedtprocent/fik målt talje	58	57	59
Jeg fik råd om kost	17	17	16
Jeg fik råd om væggtab	12	13	11
Jeg fik råd om motion	18	17	19
Jeg fik råd om rygestop	5	5	6
Jeg havde en samtale om stresshåndtering	3	4	1
Jeg blev tilmeldt et kursus/individuel vejledning	4	4	3
Andet	3	3	3
Jeg kan ikke huske det	1	1	1
Procentgrundlag	791	506	285

Anm.: Procenttallet summerer til mere end 100%, fordi folk har haft mulighed for at angive mere end et svar.

De mest hyppige aktiviteter i bussen, er blodtryksmåling, vejning/måling af fedtprocent og talje samt samtale om helbred og livsstil. Målinger af kondition og blodsukker angives også som ret hyppige aktiviteter, mens aktiviteter relateret til rygning (kulilte og råd om rygestop), stresshåndtering ikke er foregået i samme grad. Andelen af mænd, som har fået målt blodtryk, kondition og blodsukker er større end andelen af kvinder. Overordnet set kan man konkludere ud fra tabel 3.5, at mænd i gennemsnit har fået udført flere test end kvinder, hvilket ses ved, at mændenes andele i de fleste tilfælde, er større end kvindernes.

3.6 Registrerede sundhedsproblemer blandt besøgende i bussen

I det foregående afsnit viste vi, at sundhedsbussen i nogen grad har opnået kontakt til primærgruppen (knap 1 ud af 4 besøgende) og i høj grad har opnået kontakt til risikogruppen (knap 3 ud af 4 besøgende). De følgende tabeller illustrerer, hvilke typer sundhedsproblemer der træder frem som hyppige hos henholdsvis kvinder og mænd, som har besøgt sundhedsbussen.

Den tredelte vandrette opdeling af tabel 3.6 og 3.7, betegner med smiley'er, hvor man placeres i forhold til de forskellige indikatorer for sundhedstilstanden. De grå markeringer indikerer en risikobetonet sundhedstilstand og de lyse felter en sundhedstilstand uden risiko⁵. Har man som besøgende blot én testværdi i de grå felter, placeres man i risikogruppen. Det vil sige, at man godt kan dyrke meget motion men være i risikogruppen, fordi man har et dårligt testresultat på kuliltetest.

⁵ Se bilag 2 for en uddybende beskrivelse af definitionen af værdier i risiko/uden for risiko for hver enkelt test.

Tabel 3.6 og 3.7 viser samlet set, at en stor andel af de kvinder og mænd, der har fået testet BMI, taljemål og kulilteindhold, har haft et sundhedsproblem. Her kan meget vel på forhånd have været en mistanke om et problem. Det gælder i mindre grad dem, der har fået testet blodsukker, blodtryk og omfanget af fysisk aktivitet, hvor der hos flertallet af både kvinder og mænd ikke er konstateret et sundhedsproblem. Her kan det i mange tilfælde være vanskeliggere på forhånd at have en mistanke om et problem.

Tabel 3.6 Mænd procentvis fordelt efter sundhedstilstand på baggrund af test i sundhedsbussen

	BMI	Talje	Blodtryk	Blodsukker	Kulilte	Motion
😊	27	24	63	77	12	54
😐	52	41	24	23	28	25
😞	20	34	13	1	60	22
I alt	100	100	100	100	100	100
N =	443	254	317	334	57	261

Tabel 3.7 Kvinder procentvis fordelt efter sundhedstilstand på baggrund af test i sundhedsbussen

	BMI	Talje	Blodtryk	Blodsukker	Kulilte	Motion
😊	40	23	73	79	7	45
😐	38	29	18	21	19	27
😞	22	48	9	1	74	29
I alt	100	100	100	100	100	100
N =	698	378	447	440	73	391

3.7 Brugernes udbytte af sundhedsbussen – et kort perspektiv

I interviewmaterialet har deltagerne givet flere vurderinger af, hvilket udbytte de – som borgere i Stevns Kommune – har fået af sundhedsbussen. Citaterne herunder fra *interview med busbesøgende* giver en række eksempler:

Eksempelvis sådan noget med at veje lidt for meget. Det er noget, man ikke går til lægen med, for det er jo ikke direkte livsfarligt, men så kan man gå i bussen med det. Få råd og vejledning. Jeg vil tro, at skal man have det via lægen, så skal man bestille dobbelt tid og måske er der forsinkelser, og man får ikke den tid, man burde. De tre gange, jeg har været i bussen, der har de taget tid, selvom der den ene gang var andre. Stille og roligt.

Hos lægen er du syg eller rask. I bussen er der et lidt længere perspektiv på, hvordan det ser ud for mig. Det kan være, at jeg ryger eller andet, men der

kommer et andet perspektiv på det inden for nogle områder, hvor jeg selv kan gøre noget. Hos lægen er man mere passiv, og der bliver man behandlet. I bussen bliver man gjort opmærksom på nogle af de ting, man selv kan gøre, og det er vigtigt.

Og man kan komme igen om et halvt år og blive testet og se, at det da er blevet lidt bedre. Det har også betydning for, hvor meget man som borger gør ud af det.

I udtalelserne fremhæves bussens brede og forebyggende fokus, at bussen er oplagt at bruge som borger til spørgsmål, man ikke går til lægen med, fordi det måske endnu ikke udgør et problem, eller fordi problemet vurderes at være mindre. Borgerne fremhæver, at der i bussen er *tid* til information og vejledning, og at der er *perspektiv* i indsatsen i og med, at man som borger bliver aktiveret og vejledt i selv at gøre en indsats. Derudover fremhæves det som noget positivt, at man kan komme igen og blive testet løbende.

Tabel 3.8 og tabel 3.9 viser, hvilket udbytte de besøgende har angivet umiddelbart at have fået ud af et besøg i sundhedsbussen.

Tabel 3.8 Procentandel besøgende i sundhedsbussen som har angivet et bestemt udbytte af besøget. Opgjort på køn samt risiko og ikke-risikogruppe

	Kvinde, risiko	Mand, risiko	Kvinde, ikke-risiko	Mand, ikke-risiko	Total
Fik større viden om, hvordan jeg kan leve sundere	18	23	7	21	18
Fik bekræftet en sund livsstil	31	36	42	35	35
Blev opmærksom på et behov for at ændre livsstil	23	25	10	19	21
Blev motiveret til at leve sundere	23	23	11	16	20,3
Fik anvist muligheder for hjælp til at leve sundere	9	11	1	6	8
Andet udbytte	10	9	18	8	11
Ikke noget udbytte af besøget	9	8	13	13	10
Ved ikke	4	6	8	6	5
Procentgrundlag	329	210	128	63	730

Anm.: Procenttallet summerer til mere end 100%, fordi folk har haft mulighed for at angive mere end et svar.

Tabel 3.8 viser, at så mange som 35% fik bekræftet en sund livsstil. Som tidligere nævnt var det generelle indtryk blandt både medarbejdere og ledere også, at der var en hel del, der alene kom for at få bekræftet dette. Det ses desuden, at 21% blev opmærksom på et behov for at ændre livsstil, og 18% fik en større viden om sundere levevis. Her kan fremhæves, at risikogruppen generelt havde det største udbytte af besøgene, og at der i ikke-risikogruppen er en lidt større andel, der har fået bekræftet en sund livsstil. Det ses også, at omtrent en tredjedel af risikogruppen fik bekræftet en sund livsstil. Det kan naturligvis undre, at borgere, der har fået konstateret et potentielt sundhedsproblem – typisk relateret til usunde vaner – har angivet, at de fik bekræftet en sund livsstil. Der kan imidlertid fx være tale om borgere, som har oparbejdet sunde vaner, men som kæmper med overvægt.

På baggrund af besøget er borgerne ligeledes blevet spurgt om deres handlinger som følge af besøget i sundhedsbussen. Det fremgår af tabel 3.9, at der er markant flere i risikogruppen, der har gjort noget som følge af besøget i bussen. Dette er mest udtalt for kvinder.

Tabel 3.9 Procentandel besøgende som gjorde en angivet ting som følge af besøg i sundhedsbussen. Opgjort på køn samt risiko og ikke-risikogruppe

	Kvinde, risiko	Mand, risiko	Kvinde, ikke-risiko	Mand, Ikke-risiko	Total
Tog kontakt til egen læge	13	16	16	13	14
Begyndte at dyrke motion	23	21	13	18	21
Ændrede kostvaner	25	27	6	13	21
Holdt op med at ryge	2	3	3	0	2
Gjorde en indsats mod stress	5	3	9	3	5
Gjorde noget andet	10	6	7	5	8
Gjorde ikke noget	35	42	49	49	41
Procentgrundlag	329	210	128	63	730

Anm.: Procenttallet summerer til mere end 100%, fordi folk har haft mulighed for at angive mere end et svar.

Totalt set angiver 59%, at de har gjort noget som følge af besøget i sundhedsbussen, mens 41% angiver ikke at have handlet på baggrund af besøget. Det skal bemærkes, at man kan have svaret at have gjort flere ting.

Af de 59% har 21% angivet, at de *begyndte at dyrke mere motion*, 21% *ændrede kostvaner*, 8% *gjorde noget andet*, og 5% *gjorde en indsats mod stress*. 14% *tog kontakt til egen læge*. Hvad de benyttede lægen til, har vi desværre ingen oplysninger om. Kvinder i risikogruppen svarer, at de har gjort noget i forhold til motion, kost og kontakt til egen læge. Særlig stor forskel mellem grupperne ses i ændringen af kostvaner, hvor ca. ¼ af risikogruppen ændrede kostvaner mod væsentlig færre i ikke-risikogruppen.

Tabel 3.10 viser, i hvilken udstrækning, de blodtryksmålte har taget kontakt til egen læge, som følge af besøget i sundhedsbussen. Det ses, at 30% af de besøgende, som har fået konstateret et højt blodtryk⁶, og hvor det anbefales at søge egen læge (kolonne længst til højre), har taget kontakt til egen læge, mens det gælder for knap 10% af de borgere, som har fået målt et lavere blodtryk, og hvor det eventuelt anbefales at tage kontakt til egen læge.

⁶ Se bilag 2 for definition af lavere og højt blodtryk.

Tabel 3.10 Blodtryksmålte besøgende procentvis fordelt efter, om de har eller ikke har taget kontakt til egen læge. Opgjort på risikogruppe og ikke-risikogruppe.

	Ikke-risikogruppe 😊	Risikogruppe (lav) 😐	Risikogruppe (høj) 😞
Tog kontakt til egen læge	4	9	30
Tog ikke kontakt til egen læge	96	91	70
I alt	100	100	100
N=	423	132	73

3.8 Rammerne som barriere

I forhold til det udbytte man som borger har af et besøg i bussen, har både medarbejdere og borgere rettet fokus mod et aspekt omkring *rammerne* for de samtaler der - ud over de fysiske test - foregår i bussen. Angående samtalefaciliteterne peger projektmedarbejderne blandt andet på en problemstilling omkring manglende muligheder for privathed i bussens største rum:

Jeg synes, det har været svært nogle gange at sidde derinde (i det store rum, red.). Det gør ikke så meget, hvis der foregår to samtaler, for så er man fokuseret på det, men når der sidder nogle og venter, er det ikke så rart. Jeg har nogle gange været ude for, at der kommer nogle ind, som kender hinanden. Det er heller ikke så hensigtsmæssigt. De har siddet og kigget i pjecer, men med spidse ører (Medarbejderinterview).

Der har i bussen været et aflukket rum, hvor der har kunnet føres samtaler, som andre ikke kunne lytte til.

Vi har haft et lille rum, som vi kunne gå ind i, hvis nu det tog en drejning i samtalen, men det kan nogle gange være svært, når man er i gang. Selv den sunde snak kan komme meget tæt på, for nogle gange går der jo altså nogle ting op for folk, mens man snakker (Medarbejderinterview).

Fokusgruppeinterviewet med borgere, som har besøgt bussen, har en lignende konklusion omkring bussens rammer:

Det var for åbent. Hvis der var nogen, kunne man høre, hvad der blev sagt hos naboen, og man kunne jo se, at der også var nogen, som var lidt generte over, at der var nogle som sad og ventede på at komme til eller få resultater. Det synes jeg var lidt forkert. Selvom de prøvede at tale lavt, så kunne man høre det (Fokusgruppeinterview med busbesøgende).

I fokusgruppen fremhæves muligheden for tidsbestilling til samtaler, og at denne mulighed til dels har opvejet de begrænsninger, der har været i bussens indretning, fordi det har givet

mulighed for at planlægge tid og sted for samtalen. Desuden giver to af tre borgere udtryk for, at muligheden for at tale i et aflukket rum kunne have været mere synliggjort: *Jeg tror ikke, at der var noget samtalerum, da jeg var der, det tror jeg ikke. Jeg troede det var et depot og til personale osv.* (Fokusgruppeinterview med busbesøgende).

4 Kursusforløb

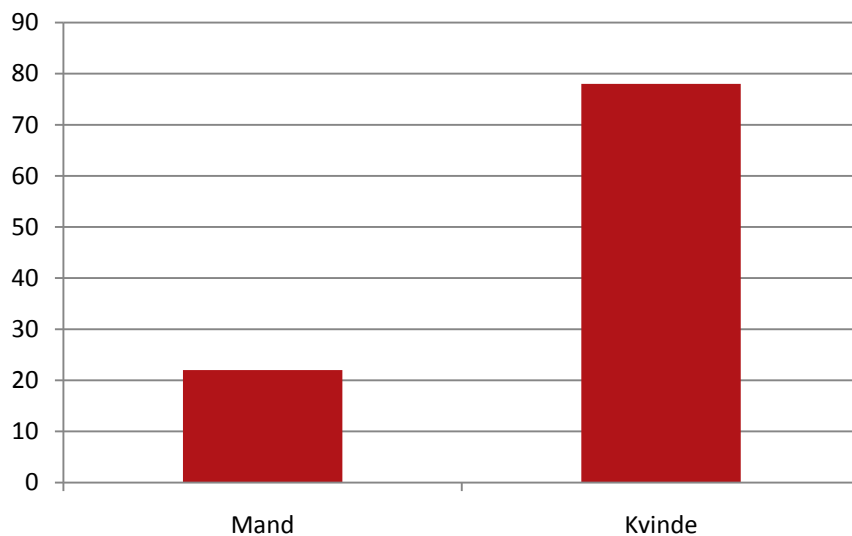
Sundhed til døren har indeholdt forskellige kursustilbud til borgere i projektets primære målgruppe. I primærgruppen indgår, som tidligere nævnt, kvinder mellem 30 og 50 år med sundhedsproblemer og mænd mellem 40 og 65 år med sundhedsproblemer. Der har under projektet været tilbud om individuel vejledning og holdforløb om kost/vægttab og stresshåndtering, holdforløb om motion og individuel vejledning om rygestop.

Figur 4.1 giver en oversigt over de personer, som har deltaget, og viser, at langt flere kvinder (78%) end mænd (22%) har benyttet et eller flere tilbud om individuel vejledning og/eller holdforløb. Desuden viser tabellen, at der har været inkluderet personer, som falder uden for de alderskriterier, der var fastsat for at være en del af projektets primærgruppe. Som figur 4.1 viser, er 2% blandt kvinderne yngre end de 30 år, mens hele 48%, af de kvinder som har deltaget i individuel vejledning eller holdforløb, er ældre end 50 år. Blandt mænd er 9% af deltagerne yngre end 40 år, mens 30% er ældre end 65 år⁷.

Det har været et kriterium for at blive henvist til at kursusforløb, at borgeren har et sundhedsproblem. Dette kriterium for at tilhøre målgruppen har altså været opfyldt. Derimod har alderskriteriet i mange tilfælde ikke været opfyldt, og knap halvdelen (47,5%) af deltagerne i kursusaktiviteter har således ud fra alderskriteriet været borgere fra den definerede sekundære målgruppe.

Figur 4.1 Personer der har deltaget i kursusforløb procentvis fordelt efter køn og alder

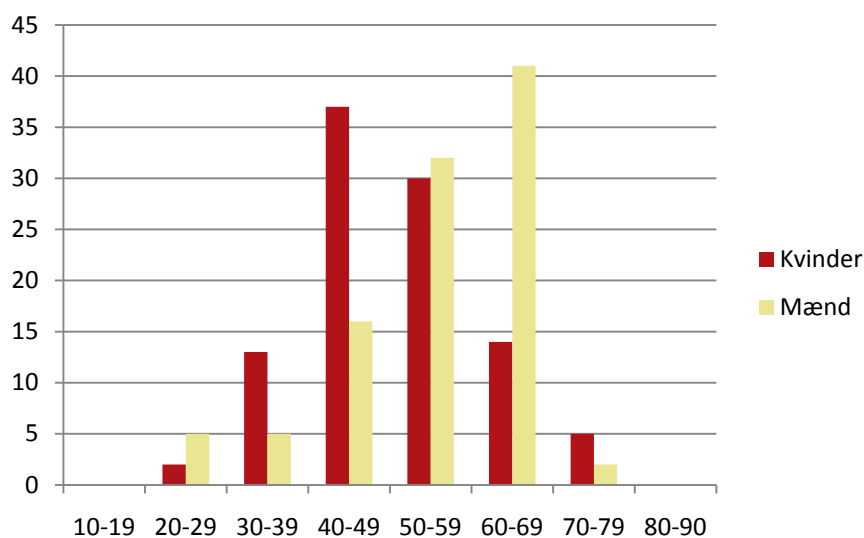
Køn



I alt 200.

⁷ Blandt de 41% 60-69årige mænd er 13% mellem 60 og 65 år, mens 28% er mellem 66 og 69 år.

Alder



Mænd=44, kvinder=156

I det følgende beskrives og analyseres, hvorledes kursusaktiviteterne har været organiseret, hvad de har indeholdt, samt hvilken brug og hvilket udbytte borgerne har haft af kursusaktiviteterne.

4.1 Organisering

De kursusforløb, som har været oprettet i forbindelse med projektet, har været varetaget af projektets medarbejdere og typisk lagt sig op af projektmedarbejdernes faglige kompetencer og daglige arbejde som eksempelvis idrætsinstruktør, fysioterapeut, sygeplejerske og kostvejleder.

Det har som nævnt været muligt for medarbejdere at henvise borgere fra bussen til individuel vejledning eller holdforløb, hvis borgeren har været i projektets primære målgruppe. Rekruttering til kurser er dog overvejende foregået ved, at borgere selv har udvist interesse og tilmeldt sig på baggrund af annoncering i lokale medier.

Tabel 4.1 er en oversigt over, hvordan de 90 kursusedtagere, som har besvaret spørgeskemaet, har opnået kendskab til kurset.

**Tabel 4.1 Procentandel som har angivet en bestemt kilde til kendskab til kurset.
Opgjort på køn**

	Mænd	Kvinder	Total
Gennem besøg i sundhedsbussen	28	37	34
Jeg læste om det i avisen	68	59	61
Jeg læste om det på kommunens hjemmeside	4	5	4
Jeg så en annonce	28	19	21
Jeg hørte om det fra familie, venner eller bekendte	12	6	8
Jeg hørte om det fra min egen læge	-	8	6
Jeg hørte om det på min arbejdsplads	4	6	6
Jeg hørte om det på anden måde	-	6	4
Procentgrundlag	25	65	90

Anm.: Procenttallet summerer til mere end 100%, fordi folk har haft mulighed for at angive mere end et svar.

Samlet set fremgår det af tabel 4.1, at størstedelen af de kursusedtagere, som har besvaret spørgeskemaet, har fundet information om kurserne via de lokale medier, hvor der har været annonceret massivt for projektet. Godt 60% angiver avisen som kilde til, hvordan de har opnået kendskab til kurset, mens knap 30% angiver at have opnået kendskab gennem en annonce. Desuden angiver knap 30% sundhedsbussen som kilde. Der er ikke nævneværdig forskel mellem kvinder og mænd, men en større andel mænd end kvinder har hørt om kurset i sundhedsbussen, mens en større andel mænd har set en annonce.

Tilmeldingen til kurser er foregået efter først til mølle-princippet. Kurserne har som sagt været annonceret i de lokale medier med en beskrivelse af indholdet og en understregning af, hvilke målgrupper det enkelte kursus henvender sig til. Derved er det i høj grad søgt at målrette tilbuddene mod de primære målgrupper, som projektet definerer.

4.2 Tilbud

Alle kursustilbud er planlagt ud fra temaerne om kost/vægttab, motion, stress eller rygning. Der har været tilbud om holdforløb inden for kostvejledning, stresshåndtering og en række forskellige motionshold typisk opdelt på mandehold og kvindehold. Opdelingen på køn har, ifølge en kursusedtager, været en fordel i relation til den dialog, som er kommet i stand i grupperne: *Der kommer en anden dynamik, når man ikke skal sidde og tænke, hvad det andet køn tænker. Det giver muligheder for en anden dialog* (Kursusedtager).

Holdforløbene har haft plads til mellem 10 og 15 deltagere, og forløbet har typisk strakt sig over 5-10 kursusgange. Kursusaktiviteter har været tilbudt til den primære målgruppe men har, ifølge medarbejderne, af og til – for at få fyldt op på holdene – inkluderet borgere fra den sekundære målgruppe. Det fremgik af figur 4.1 at borgere fra den sekundære målgruppe reelt udgør næsten 50% af deltagerne i kursusaktiviteter (i tabellen skelnes dog ikke mellem individuel vejledning og holdforløb).

Ud over holdforløb har der været tilbud om individuel vejledning inden for kost/vægttab, rygestop og stresshåndtering.

På holdforløb såvel som i den individuelle vejledning har formålet været at hjælpe borgerne til en livsstilsændring i form af rygestop, at komme i gang med at dyrke motion i dagligdagen, gennem inspiration til andre indkøbs- og madvaner samt at skabe kendskab til, hvordan stressfaktorer i dagligdagen nedbringes. Nogle af de mest anvendte og gennemførte forløb er:

- *Du bestemmer/små skridt*, med fokus på kost og vægttab
- Mandemotion, med fokus på at komme i gang med fysisk aktivitet
- Pilates for kvinder, med fokus på at komme i gang med fysisk aktivitet
- Individuel vejledning ved psykolog, med fokus på stresshåndtering.

4.3 Metoder i kurserne

Metoderne, som projektmedarbejderne har arbejdet med på kurserne, er de samme som i vejledningen i sundhedsbussen. Der tages udgangspunkt i den motiverende samtale og de små skridt. Hovedpointen er, at den enkelte deltager får viden om og inspiration til, hvordan vedkommende hjælper sig selv til en bedre livsstil:

Vi ved fra nogle af kurserne, at der deltager folk, som er klar til at få serveret en plan. De bliver overraskede over, at de selv skal byde ind med noget. Det går der nogle kursusgange med at få fastlagt. Der er nogle, som er gået derfra, og som ikke er kommet igen, fordi de havde brug for en sort/hvid plan. Andre har fundet ud af, at de selv havde ansvaret (Lederinterview).

Mange holdkurser har, ud over den planlagte aktivitet, indeholdt tid til i fællesskab at samle op på den enkelte deltagers progression/manglende progression. Dette har ifølge medarbejderne haft til hensigt at skabe synlighed omkring såvel udfordringer som succeshistorier, således at der inden for gruppen har været mulighed for at hente støtte, inspiration og motivation. En kursUSDeltager fortæller i forlængelse heraf, at:

Hovedvægten var på aktivitet – det skal ikke blive for meget navlepilleri, og det var godt. Vi var i samme båd. Hvis nogle havde haft en god uge kunne de fortælle, hvad de havde gjort – det var inspirerende – nogle havde haft en god og andre en dårlig uge – man fik eksempler på, at det virker for andre – og så må det også virke for mig (KursUSDeltager).

Alle kursustilbud har indeholdt råd, vejledning og aktiviteter, og de har derigennem søgt at skabe mulighed for, at de deltagende borgere ændrer vaner og livsstil. I denne konstruktion med et tidsbegrænset tilbud, der retter sig mod deltagernes indre motivation, ligger en udfordring for den enkelte deltager til efterfølgende at fastholde en eventuelt opnået livsstilsændring:

De fleste ved det godt, at det handler om prioritering og vaner. Rigtig meget om vaner. Men de spiser med følelserne, og der er mange som er vokset op med sovs og kartofler, og det er altså svært at ændre (Medarbejderinterview).

Undersøgelsen viser, at den efterfølgende fastholdelse blandt andet er afhængig af, at der i kommunen eksisterer lignende aktiviteter, tilbud og/eller tilgængelige netværk, som kursusdeltagerne kan tilslutte sig efter kursusophør – fx i foreningsregi.

4.4 Gennemførte kursusforløb

Muligheden for at deltage i individuel vejledning eller holdforløb har som udgangspunkt været begrænset til primærgruppen, det vil sige borgere med risikoadfærd i de aldersgrupper som projektet definerer.

Tabel 4.2 er en oversigt over, hvor mange deltagere, der har været på de forskellige kursusforløb opdelt på projektets fire overordnede temaer (det har ikke været muligt at skelne mellem deltagelse på henholdsvis individuel vejledning eller holdforløb inden for det enkelte tema).

Tabel 4.2 Oversigt over antal kursUSDeltagere på de forskellige kursustemaer

	I alt
Kost/vægttab	68
Rygestop (individuel)	5
Motion	71
Stress	56

Medarbejderne beskriver generelt kursUSDeltagerne som en "tungere" gruppe at arbejde med, både i forhold til fremmøde på holdene og i forhold til fastholdelse af motivation henover kursusperioden. I forhold til at fastholde engagementet på holdene, har medarbejderne på forskellig vis arbejdet med at skabe motivation i gruppen:

Jeg prøvede hver gang at nå at samle op i 10-15 minutter. Her kunne man også komme med gode råd til hinanden eller fortælle, hvad man havde gjort i løbet af ugen, som var godt for en selv, og hvad man havde tænkt sig at gøre i næste uge. Så binder man sig lidt, når man får det sagt, og så kan man komme igen og sige "ej, jeg fik alligevel ikke gjort det" (Medarbejderinterview).

Projektmedarbejderne peger ligeledes på, at motivationen og fastholdelsen afhænger af, at gruppen selv er med til at løfte projektet:

Det er med at finde ressourcerne og ildsjælene. Når man kaster det op i luften skal nogle gribe det – det kredser alle projekter nok om, hvem der tager faklen, når vi giver slip efter at have båret projektet et stykke (Medarbejderinterview).

Citatet afspejler ligeledes projektets udgangspunkt, der handler om, at den enkelte borger skal tage initiativet på sig og ville ændringen, at der ikke står en projektmedarbejder og pisker vognen frem, men at drivkraften findes i den enkelte og gruppen. Det lykkes af og til i projektet at få skabt rammerne for en sådan motivation, hvilket afspejles i det følgende citat:

Den gruppe af mænd, jeg havde, fik lov til at køre 2,5 sæsoner, og de blev simpelthen så sammentømrede. De fik et netværk og ringede til hinanden, og til sidst dannede de deres eget hold under gymnastikforeningen. Der var nogle ressourcestærke personer til at løfte de andre op (Medarbejderinterview).

4.5 Udbytte af kurserne

I det følgende afsnit beskrives det udbytte som deltagerne har haft af holdforløb og individuel vejledning om temaerne kost/vægttab, rygestop, motion og stresshåndtering, hvor – som det fremgik af tabel 4.2 – kost/vægttab og motion fylder mest.

I det forrige kapitel om udbyttet af besøg i sundhedsbussen blev der kun kigget på det kortere perspektiv. I forhold til kursusdeltagelse er der i spørgeskemaet på samme vis spurgt ind til udbyttet umiddelbart efter kursusdeltagelse. Derudover er der et spørgsmål om tilfredsheden med en række livsstilsaspekter på undersøgelsestidspunktet – det vil sige tilfredsheden $\frac{1}{2}$ - $2\frac{1}{2}$ år efter kursusdeltagelsen. Tabel 4.3 og 4.4 sætter fokus på det umiddelbare udbytte af kursusdeltagelse.

Tabel 4.3 Procentandel kursusdeltagerne der har angivet et bestemt udbytte af kursusdeltagelse. Opgjort på køn

	Mænd	Kvinder	Total
Jeg fik ny viden om sund livsstil	40	32	34
Jeg blev motiveret til at leve sundere	55	45	48
Jeg fik anvist muligheder for hjælp til at leve sundere	42	30	34
Andet	17	31	26
Jeg havde ikke noget udbytte	6	4	4
Ved ikke	2	4	3
Procentgrundlag	53	107	160

Anm.: Procenttallet summerer til mere end 100%, fordi folk har haft mulighed for at angive mere end et svar.

Som det fremgår af tabel 4.3, er det hyppigste udbytte, at deltagerne totalt set er blevet motiveret til at leve sundere (48%), mens ca. 1/3 mener, at de har fået ny viden om sund livsstil og ca. 1/3, at de har fået anvist muligheder for hjælp til at leve sundere. Det kan også bemærkes, at få (3%) angiver, at de ikke har fået noget udbytte. Blandt dem, der har svaret *andet*, har flere angivet, at de fik redskaber til at håndtere stress.

Tabel 4.4 er en oversigt over, hvad kursusdeltagere svarer i spørgeskemaet på et spørgsmål om, hvorvidt de ændrede vaner som følge af deltagelsen på kurset.

Tabel 4.4 Kursusdeltagere fordelt på køn og procentvis efter ændrede vaner efter deltagelse i kursusforløb

	Mænd	Kvinder	Total
Jeg fik sundere vaner	68	75	73
Jeg fortsatte med mine gamle vaner	16	12	13
Jeg fik mere usunde vaner	4	0	1
Ved ikke	12	12	12
I alt	100	100	100
N =	25	65	90

Som det ses, har i alt 73% totalt set angivet, at de har fået sundere vaner, mod kun 13%, der har angivet, at de fortsatte med deres gamle vaner. Relativt mange, 12.%, har svaret *ved ikke*. En del af disse må formodes at have fundet spørgsmålet vanskeligt at forholde sig til.

Kursusdeltagerne i interviewmaterialet beskriver, at et udbytte på kort sigt har været en erfaring om, at motion også kan være sjovt, fordi der på kurserne har været mulighed for at grine med sidemanden. Andre har haft behov for at komme langsomt i gang efter en længere motionspause og peger på, at dette har været en mulighed på motionsholdene:

Det var rart at komme i gang og røre sig – at blive fysisk igen og rart at være i en gruppe, hvor man var lige – vi rendte rundt med de samme problematikker, og det var et frit forum, hvor vi kunne snakke åbent (Kursusdeltager).

I de gennemførte individuelle interview med borgere som har deltaget i et kursustilbud fremgår det, at udbyttet ofte beskrives ud fra en kombination af flere forskellige kurser – ofte en sammensætning hvor et kursus i motion eller kost/vægttab kombineres med psykologsamtaler eller individuel vejledning om samme emne:

Jeg kunne lære at styre mit liv ud fra kosten, men der var ikke nogen redskaber fra kurset til at styre det. Det var snarere nogle psykologiske redskaber i forhold til at tage ansvar for sig selv. Noget af det tiltalte mig. Jeg var så heldig, at jeg kom til psykolog derigennem. Jeg fik taget hul på, nogle ting via kurset. Der var nogle andre problemer, der skulle tages hul på, inden jeg kunne komme videre. Derefter har jeg fået individuel vejledning om kost – ”de små skridt”. Det er godt, synes jeg (Kursusdeltager).

Tabel 4.5 sætter fokus på det længere tidsmæssige perspektiv og viser kursusdeltagernes svar på spørgsmålet om, hvor tilfredse de er med en række livsstilsaspekter på undersøgelsestidspunktet. På undersøgelsestidspunktet kan der være gået mellem ½-2½ år, siden borgeren har deltaget i et holdforløb eller modtaget individuel vejledning, og det er vanskeligt at sandsynliggøre, at det er kursusdeltagelsen alene, der har ført til eventuelle ændringer i tilfredsheden med trivsel, helbred, fysisk form mv. Det tætteste vi kan komme på

at sige noget om dette, er ved at sammenligne borgernes vurdering af tilfredsheden ved kursusstart⁸ og senere på undersøgelsestidspunktet via spørgeskemaundersøgelsen. Der indgår således i analysen alene individer, som har besvaret spørgsmålene på begge tidspunkter. Det er i flere tilfælde kun ganske få (lille N for i den efterfølgende tabel).

Tabel 4.5 Kursusdeltagernes tilfredshed med en række livsstilsaspekter ved kursusstart og senere på undersøgelsestidspunktet. Tilfredsheden er angivet på en skala fra 1 til 10

	Din sundhedsprofil (ved kursusstart)	På undersøgelses- tidspunktet	N=
Din trivsel	6	6,9	82
Dit helbred	4,96	7,3	47
Den mad du spiser	7	7,4	43
Det du drikker	7,7	7,3	43
Din vægt	3,2	5	62
Din prioritering af tid til madlavning og indkøb	6,6	6,5	41
Din prioritering af tid til motion	5	6,3	62
Din lyst til at bevæge dig	7,2	7,2	44
Din fysiske form	5,7	5,9	43
Dine rygevaner	7,2	7,2	9
Dine muligheder for at holde op med at ryge	6	2	2
Dit stressniveau	6	6,6	46
Dit humør	7,3	7	47
Din hukommelse	6,8	6,8	47
Din søvn	6,9	6,7	47

Tabel 4.5 viser, at deltagernes tilfredshed med en række livsstilsaspekter i de fleste tilfælde er stort set uændret. Der er dog nogle aspekter, hvor tilfredsheden er steget med 1 eller mere på skalaen 1-10. Det gælder helbred, vægt, prioriteringen af tid til motion og til dels spørgsmålet om trivsel.

En dimension af et udbytte på længere sigt handler om at forankre nye vaner i dagligdagen og ligeledes om mulighederne for at fortsætte med de aktiviteter, man har fået taget hul på. Flere interviewpersoner understreger, at de for det første fastholdt motivationen henover kursusperioden i kraft af, at der var nogen at dyrke motion sammen med. For det andet peger flere på, at de *efter* kursusophør har fastholdt kontakten til en eller flere fra gruppen og i dag foretager sig aktiviteter sammen – fx gåture eller deltagelse i *stop-café*⁹ for tidligere kursushold. Andre har gennem holdforløb og individuel vejledning opnået en

⁸ Ved kursusstart er alle deltagere blevet bedt om at udfylde skemaet "Din sundhedsprofil 1" som registrerer tilfredshed på en skala fra 1-10 med en række livsstilsaspekter. Det er de samme livsstilsaspekter som spørgeskemaet afdækker på undersøgelsestidspunktet. "Din sundhedsprofil 1" kan rekvireres ved forespørgsel.

⁹ *Stop-café* er et netværk, som er oprettet i forbindelse med holdforløb *Små skridt*. Stop-cafeen er for tidligere deltagere og afholdes en gang hver måned med fokus på forskellige temaer.

erkendelse af motionens betydning for det fysiske og psykiske velvære og fremhæver dette som den væsentligste årsag til, at de nye vaner fastholdes:

Jeg fastholder vanerne ud fra en bevidsthed om at min krop har brug for det. Motion er noget fanden har skabt, men jeg kan godt se vigtigheden af at få rørt mig. Jeg prøver at vende det til noget positivt. Jeg kan se goderne, og derfor gør jeg det, og det skal jeg gøre (Kursusdeltager).

I interviewmaterialet peger flere kursusdeltagere som sagt på, at kombinationen af et kursus i et af temaerne og psykologsamtaler er en god idé – også i forhold til at forankre projektet i kommunen efterfølgende:

Jeg tror, det ville være en god idé, hvis psykologerne blev tilknyttet igen. Jeg tror, der er mange, som kunne have behov for at komme den vej rundt. Man kan ikke altid komme videre, hvis ikke man får ryddet ud i det andet – og det skal man også lige finde ud af, at man har behov for (Kursusdeltager).

5 Ændringer i livsstil

I de tidligere kapitler har der været særskilt fokus på brug og udbytte af henholdsvis sundhedsbussen og kurserne. I kapitel 4 blev der afslutningsvist taget hul på udbyttet ca. ½-2½ år efter deltagelsen.

Tabellerne i dette kapitel søger med lidt flere nuancer at give et indtryk af, hvorvidt de deltagende i projekt *Sundhed til døren* – både de besøgende i sundhedsbussen og kursusdeltagere – oplever en ændret livsstil i dag (på undersøgelsestidspunktet) sammenlignet med før de gjorde brug af projektets tilbud. Det skal igen understreges, at da vi ikke har et sammenligningsgrundlag for, hvordan deltagernes livsstil ville have udviklet sig uden *Sundhed til døren*, kan eventuelle ændringer i livsstil *efter* deltagelse i et tilbud under *Sundhed til døren* ikke uden videre fortolkes som en *effekt* af deltagelsen.

Tabellerne er deskriptive fordelinger for både risiko- og ikke-risikogruppen på baggrund af de svar – og dermed borgerens egen vurdering – som er afgivet i spørgeskemaet. Tabellerne giver et mere nuanceret billede og fokuserer på individuelle temaer som motion, kost, rygning og vægt. Analysen giver et billede af, hvordan borgere i risiko- og ikke-risikogruppen vurderer deres vaner inden for de nævnte temaer på undersøgelsestidspunktet sammenlignet med tiden før de gjorde brug af et tilbud under projekt *Sundhed til døren*.

5.1 Ændringer i vaner

Tabel 5.1 beskriver, hvorvidt respondenterne vurderer, at de dyrker mere eller mindre motion på undersøgelsestidspunktet sammenlignet med før deres besøg i sundhedsbussen eller deltagelse i kursus. Tabellen viser, at omfanget af motion for 70% af respondenterne er uændret, og der er ikke nævneværdige forskelle på kvinder og mænd i henholdsvis risikogruppen og ikke-risikogruppen. Totalt set vurderer knap 30%, at de på undersøgelsestidspunktet dyrker mere motion. Blandt kvinder i risikogruppen er det knap hver tredje, som vurderer, at hun dyrker mere motion, mens det blandt kvinder i ikke-risikogruppen er hver femte.

Tabel 5.1 Deltagere i tilbud under *Sundhed til døren* procentvis fordelt efter, om de dyrker mere eller mindre motion i dag sammenlignet med før brugen af tilbuddet. Opgjort på køn samt risiko- og ikke-risikogrupper

	Kvinde risikogr	Kvinde, ikke-risiko	Mand, risikogr	Mand, ikke-risiko	Total
Jeg dyrker mere motion	32	20	25	25	27
Jeg dyrker mindre motion	3	2	4	3	3
Uændret	65	79	71	71	70
I alt	100	100	100	100	100
N=	310	123	204	63	700

I tabel 5.2 sammenlignes rygeres rygevaner på undersøgelsestidspunktet med før deres brug af tilbud under *Sundhed til døren*. Totalt set vurderer 70% af dem, der ryger, at deres rygevaner er uændret, mens 30% vurderer, at de ryger mindre. Dette inkluderer ikke dem, der helt er holdt op med at ryge. En større andel mænd i risikogruppen end kvinder angiver at ryge mindre.

Tabel 5.2 Rygere på undersøgelsestidspunktet, som har deltaget i tilbud under *Sundhed til døren* procentvis fordelt efter, om de ryger mere eller mindre i dag sammenlignet med før brugen af tilbuddet. Opgjort på køn samt risiko- og ikke-risikogrupper

	Kvinde risikogr	Kvinde, ikke-risiko	Mand, risikogr	Mand, ikke-risiko	Total
Jeg ryger mere	0	(0)	3	(0)	1
Jeg ryger mindre	24	(29)	41	(14)	30
Uændret	76	(71)	55	(86)	70
I alt	100	(100)	100	(100)	100
N=	45	14	29	7	95

Tabel 5.3 beskriver respondenternes kostvaner på undersøgelsestidspunktet sammenlignet med tiden inden brug af tilbud under *Sundhed til døren*. Tabellen er opdelt på forskellige typer af fødevarer og respondenternes vurdering af, om de spiser mere, mindre eller den samme mængde af de(n) pågældende fødevarer(r).

Tabel 5.3 viser, at der med hensyn til frugt og grønt og fedtfattig mad er flere kvinder og mænd i risikogruppen, der spiser *mere* af disse madvarer på undersøgelsestidspunktet sammenlignet med kvinder og mænd i ikke-risikogruppen. I forhold til sodavand, slik og kager angiver særligt mænd fra risikogruppen at spise *mindre* af dette (41%) på undersøgelsestidspunktet sammenlignet med ikke-risikogruppen (25%).

Tabel 5.3 Deltagere i tilbud under *Sundhed til døren* procentvis fordelt efter kostvaner i dag sammenlignet med før brug af tilbud. Opgjort på køn samt risiko og ikke-risikogruppe

Groft brød eller rugbrød	Kvinde risikogr	Kvinde, ikke-risiko	Mand, risikogr	Mand, ikke-risiko	Total
Spiser mere	20	18	22	15	21
Spiser mindre	2	1	2	2	1
Spiser det samme	78	81	76	83	78
I alt	100	100	100	100	100
N=	315	122	204	60	701
Frugt og grønt					
Spiser mere	29	18	32	25	27,5
Spiser mindre	0	0	1	3	0,5
Spiser det samme	71	82	67	71	72
I alt	100	100	100	100	100
N=	315	123	204	63	705
Fedtfattig mad					
Spiser mere	21,5	11	24	15	20
Spiser mindre	6,5	4	10	10	7,5
Spiser det samme	72	85	66	75	72,5
I alt	100	100	100	100	100
N=	309	119	202	61	691
Fast food? (fx McDonald, grillmad, take away)					
Spiser mere	0	0	0,5	2	0
Spiser mindre	38	33	39	35,5	37,5
Spiser det samme	62	67	60,5	62,5	62,5
I alt	100	100	100	100	100
N=	283	106	197	59	645
Sodavand og lignende					
Spiser mere	-	-	-	-	-
Spiser mindre	35	28	40	32	35
Spiser det samme	66	72	61	68	65
I alt	100	100	100	100	100
N=	290	109	200	60	659
Slik og kager					
Spiser mere	1	2	1	2	1
Spiser mindre	33	26	41	25	34
Spiser det samme	66	72	59	74	66
I alt	100	100	100	100	100
N=	298	115	200	61	674

Tabel 5.4 beskriver respondenternes måltidsvaner før og efter brug af tilbud under *Sundhed til døren*. Der spørges om, hvorvidt de spiser mere, mindre eller den samme mængde af morgenmad, frokost mv. Særligt i forhold til frokost, aftensmad og mellemmåltider adskiller risikogruppen sig fra ikke-risikogruppen ved at angive at spise mindre på undersøgelsestidspunktet. Det er tilfældet blandt både kvinder og mænd i risikogruppen.

Tabel 5.4 Deltagere af tilbud under *Sundhed til døren* procentvis fordelt efter, hvor meget de spiser under måltider i dag sammenlignet med før brug af tilbud. Opgjort på køn samt risiko- og ikke-risiko gruppe

	Kvinde risikogr	Kvinde, ikke-risiko	Mand, risikogr	Mand, ikke- risiko	Total
Morgenmad					
Spiser mere	5	3	9	5	6
Spiser mindre	9	2	3	2	5
Spiser det samme	86	94	88	94	89
I alt	100	100	100	100	100
N=	313	124	203	63	703
Frokost					
Spiser mere	4	2	4	0	3
Spiser mindre	14	2	16	6	12
Spiser det samme	82	95	80	94	85
I alt	100	100	100	100	100
N=	312	124	203	63	702
Aftensmad					
Spiser mere	2	2	1	0	2
Spiser mindre	16	8	16	3	14
Spiser det samme	82	90	83	97	85
I alt	100	100	100	100	100
N=	313	124	203	63	703
Mellemmåltider					
Spiser mere	7	6	8	3	7
Spiser mindre	15	8	22	10	15
Spiser det samme	78	87	71	87	78
I alt	100	100	100	100	100
N=	309	120	201	62	692

I forlængelse af de ændringer, der angives i tabel 5.1, 5.2, 5.3 og 5.4 i forhold til motions- og kostvaner, giver det god mening, at tabel 5.5, som beskriver vægten før og efter deltagelse i tilbud under *Sundhed til døren*, viser en vægtreduktion blandt kvinder og mænd i risikogruppen. Særligt blandt mænd i risikogruppen er der en forskel fra mænd i ikke-risikogruppen. Hvor 26% af førstnævnte angiver at veje mindre på undersøgelsestidspunktet, er dette tilfældet for 5% i ikke-risikogruppen.

Tabel 5.5 Deltagere i tilbud under *Sundhed til døren* procentvis fordelt efter vægt i dag sammenlignet med før brug af tilbud. Opgjort på køn samt risiko- og ikke-risiko gruppe

Vægt	Kvinde risikogr.	Kvinde, ikke-risiko	Mand, risikogr.	Mand, ikke-risiko	Total
Vejer det samme	65	75	60	84	67
Vejer mindre	24	14	26	5	21
Vejer mere	12	11	14	12	12
I alt	100	100	100	100	100
N=	311	123	202	61	697

Risikogruppen er afgrænset til også at omfatte borgere med andre sundhedsproblemer end overvægt. Vi har derfor yderligere analyseret oplevede vægtændringer i forhold til det målte BMI ved det første besøg i sundhedsbussen. Vi har i tabel 5.6 opgjort, i hvilken udstrækning det er overvægtige, som angiver at veje mindre, og tabellen viser, at en større andel med BMI over 25 end borgere med normalvægt angiver at veje mindre på undersøgelsestidspunktet. En særlig stor andel med BMI over 30 angiver at veje mindre.

Tabel 5.6 Deltagere i tilbud under *Sundhed til døren* procentvis fordelt efter vægt i dag sammenlignet med før brug af tilbud. Opgjort efter individets BMI-værdi (18,5-24,9: normal, <18,5: undervægtig, 25-29,9: overvægtig, 30 eller derover: fedme I el. II).

	Normalvægt	Undervægt	Overvægt	Fedme I eller II	I alt (%)
Vejer mere	15	(-)	15	10	14
Vejer mindre	10	(-)	27	44	23
Vejer det samme	74	(100)	59	46	63
I alt	100	(100)	100	100	100
Antal	201	7	219	89	516

Den sidste tabel 5.7 sammenligner busbesøgende i risikogruppen og kursusedtagerne i forhold til kost, motion og vægt på undersøgelsestidspunktet, og tiden før de besøgte bussen eller deltog i kursusaktiviteter. Tabellen viser en forskel mellem de to typer af brugere i retning af, at en større andel kursusedtagerne end busbesøgende har fået et udbytte på trods af, at både de og de busbesøgende er i risikogruppen. Kursusedtagerne angiver i højere grad at spise mere frugt, grønt, groft og fedtfattigt, at dyrke mere motion og at veje mindre på undersøgelsestidspunktet sammenlignet med de busbesøgende. Med hensyn til fedtfattig mad og motion angiver dobbelt så mange kursusedtagerne en ændring af vaner positiv retning.

Tabel 5.7 Busbesøgende i risikogruppen og kursusedtagere procentvis fordelt efter vaner på undersøgelsestidspunkt sammenlignet med før besøg i sundhedsbus eller deltagelse i individuel vejledning/holdforløb

	Busbesøgende i risikogruppen (minus kursusedtagere)	Kursusedtagere
Frugt og grønt		
Jeg spiser mere	28	45
Jeg spiser mindre	0	0
Jeg spiser det samme	72	55
Total	100,0	100
N =	467	102
Groft brød eller rugbrød		
Jeg spiser mere	19,7	35,3
Jeg spiser mindre	1,5	2,0
Jeg spiser det samme	78,8	62,7
Total	100,0	100,0
N =	467	102
Fettfattig mad		
Jeg spiser mere	19,8	41,0
Jeg spiser mindre	7,6	9,0
Jeg spiser det samme	72,6	50,0
Total	100,0	100,0
N =	460	100
Motion		
Jeg dyrker mere motion	26,3	54,5
Jeg dyrker mindre motion	3,5	3,0
Det samme	70,2	42,6
Total	100,0	100,0
N =	461	101
Vægt		
Jeg vejer det samme	65,2	45,5
Jeg vejer mindre	22,5	35,6
Jeg vejer mere	12,3	18,8
Total	100,0	100,0
N =	462	101

Tabellerne i afsnittet viser generelt et større udbytte blandt risikogruppen sammenlignet med ikke-risikogruppen, men når der udelukkende ses på risikogruppen, og denne deles op på henholdsvis busbesøgende og kursusedtagere viser analysen, at der blandt kursusedtagerne er en større andel, som har fået sunde vaner. Dette er ikke overraskende, da det må formodes, at motivationen er høj hos en borger, der aktivt melder sig til et kursus. En del af forskellen må således formodes at være et resultat af kursusedtagernes større motivation og ikke kun en forskel i det tilbud, som borgerne har modtaget. Det længerevarende tilbud, som et kursusforløb repræsenterer, kan dog også sammenlignet med den kortvarige rådgivning i

sundhedsbussen have været medvirkende til, at en større andel af deltagerne har fået sundere vaner.

5.2 Ændringer i *tilfredshed* med livsstil

I det sidste afsnit fokuseres ligeledes på livsstilsændringer i et længere perspektiv, hvor undersøgelsestidspunktet sammenlignes med tiden før deltagelsen i tilbud under *Sundhed til døren*. I dette afsnit analyseres ændringer i deltagerne *tilfredshed* med deres livsstil. Tilfredshed med en given livsstil er ikke nødvendigvis udtryk for, at der er tale om en sund livsstil, men at livsstilen er i overensstemmelse med den enkeltes ambitioner og motivation til forandringer. En forøget tilfredshed kan således tages til udtryk for, at den enkelte har det bedre med sig selv og sine vaner. Vi vil antage, at øget tilfredshed i de fleste tilfælde hænger sammen med sundere vaner, men der kan også i nogle tilfælde være tale om, at den enkelte har resigneret og affundet sig med sin situation og adfærd. Vi har analyseret tilfredshed med trivsel, maden, der spises, det der drikkes, vægt, den fysiske form og opbakning fra familie og venner til at ændre vaner.

Det generelle billede, som træder frem i tabel 5.8, peger kun i retning af små ændringer i tilfredsheden. For både risiko- og ikke-risikogruppen angiver tre ud af fire respondenter, på stort set samtlige spørgsmål, at tilfredsheden er den samme på undersøgelsestidspunktet som før deltagelse i tilbud under *Sundhed til døren*. Øget tilfredshed finder vi først og fremmest med den generelle trivsel, maden der spises og den fysiske form, hvor knap 25% er blevet mere tilfredse.

Der er ikke store forskelle mellem risiko- og ikke-risikogruppen. Der hvor der spores forskelle i tilfredsheden er på spørgsmålet, om *den mad du spiser*, hvor både kvinder og mænd i risikogruppen angiver at være mere tilfredse end ikke-risikogruppen. I forhold til spørgsmålet om *din vægt* angiver mænd i risikogruppen i højere grad at være mere tilfredse end mænd fra ikke-risikogruppen.

Tabel 5.8 Deltagere i tilbud under *Sundhed til døren* procentvis fordelt efter tilfredshed i dag sammenlignet med før brug af tilbud. Opgjort på køn samt risiko- og ikke-risiko gruppe

	Kvinde, risikogruppe	Kvinde, ikke- risikogruppe	Mand, risikogruppe	Mand, ikke- risikogruppe	Total
Din trivsel					
Mere tilfreds	24	20	21	18	22
Mindre tilfreds	3	0	3	3	3
Det samme	73	80	76	79	76
I alt	100	100	100	100	100
N=	308	119	205	61	693
Den mad du spiser					
Mere tilfreds	23	15	27	17	22
Mindre tilfreds	3	1	2	2	2
Det samme	74	84	71	82	76
I alt	100	100	100	100	100
N=	308	121	203	60	692
Det du drikker					
Mere tilfreds	13	8	15	12	13
Mindre tilfreds	2	2	4	5	3
Det samme	85	91	80	83	84
I alt	100	100	100	100	100
N=	308	120	204	59	691
Din vægt					
Mere tilfreds	13	10	16	8	13
Mindre tilfreds	15	4	19	12	14
Det samme	72	86	65	80	73
I alt	100	100	100	100	100
N=	308	120	204	60	692
Din fysiske form					
Mere tilfreds	26	20	25	22	24
Mindre tilfreds	10	3	11	8	9
Det samme	64	77	64	70	67
I alt	100	100	100	100	100
N=	308	119	203	60	690
Opbakningen fra familie og venner til at ændre vaner					
Mere tilfreds	11	6	15	12	12
Mindre tilfreds	3	2	1	5	3
Det samme	85	92	84	83	86
I alt	100	100	100	100	100
N=	295	112	201	60	668

6 Diskussion og konklusion

Formålet med projekt *Sundhed til døren*, som har været gennemført i perioden 1. april 2007 til 31. december 2009, har været at nå ud til den lokale befolkning i Stevns Kommune med borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremmende rådgivning. Det er blandt andet søgt gennemført ved at organisere et mobilt sundhedscenter og kursusforløb.

Hensigten har været at tilbyde aktiviteter, som støtter den enkelte i at opnå forbedret trivsel og sundhed samt aktiviteter, som bidrager til, at befolkningen på Stevns generelt får en øget viden og bevidsthed om sundhed og livsstil. I projektet er der arbejdet med en primær og en sekundær målgruppe. Den primære målgruppe er defineret ved kvinder i aldersgruppen 30-50 år og mænd i aldersgruppen 40-65 år. Derudover er primærgruppen afgrænset ved, at borgeren har en risikoadfærd defineret ved rygning, sundhedsskadelig stress, overvægt eller fysisk inaktivitet.

I det følgende afsnit diskuteres analyseresultaterne fra de foregående kapitler, og der konkluderes på de to hovedspørgsmål, som blev stillet indledningsvist:

- 1 I hvilken udstrækning har den nærhed til borgerne, som et *mobilt* sundhedscenter giver mulighed for, været en forudsætning for at opnå kontakt med de relevante målgrupper? Hvilken betydning har placeringen haft, og hvad har borgernes bevæggrunde til at besøge sundhedscentret været?
- 2 I hvilken udstrækning opnår den primære målgruppe forbedret trivsel, sundhed og mulighed for at få hjælp fra andre? I hvilken udstrækning har *Sundhed til døren* fået kontakt med den primære målgruppe? I hvilken udstrækning har borgere fra den sekundære målgruppe, som har været i kontakt med sundhedscentret, fået øget viden om livsstil og er blevet mere bevidste om sundhed?

6.1 Betydningen af et mobilt sundhedscenter

Som et succeskriterium for sundhedsbussen har det af Stevns Kommune været formuleret som mål i projektperioden at opnå kontakt med et antal borgere, der svarer til 10% af befolkningen, svarende til ca. 2200 personer. Der er i perioden 1. april 2007 til 30. juni 2009 registreret sundhedstjek af i alt 1568 borgere, hvoraf de 102 har været bosat uden for Stevns Kommune. Hvis det forudsættes, at besøgstallet i de sidste to kvartaler af 2009 har svaret til gennemsnittet af de ni foregående, så er der i hele projektperioden registreret sundhedstjek af i alt godt 1.900 borgere fra Stevns Kommune¹⁰. Dette er lidt mindre end det opstillede mål, men til det registrerede antal, som har fået udført sundhedstjek, skal lægges et ukendt antal personer, som har besøgt bussen uden at få gennemført et (registreret) sundhedstjek. Egedal

¹⁰ Et antal som er en anelse overvurderet, da beregningen inkluderer borgere fra andre kommuner.

Kommune har også haft et mobilt sundhedscenter, og til sammenligning kan nævnes, at i en toårig periode (2007-2008) har man her gennemført sundhedssamtale, sundhedstjek eller udarbejdet sundhedsprofil for ca. 3.300 borgere (Servicestyrelsen 2009). Egedal Kommune har ca. dobbelt så mange indbyggere som Stevns Kommune, og besøgstallet her vil således omregnet svare til ca. 2.250 besøg i Stevns Kommune i projektperioden (2 3/4 år). Der har således i Egedal Kommune været relativt flere kontakter end i Stevns Kommune, men i Egedal Kommune er der ikke kun registreret sundhedstjek, men også gennemførte sundhedssamtaler, således at tallene ikke er helt sammenlignelige.

Det var endvidere et mål at opnå kontakt med 10% af kvinderne i alderen 30-50 år og 10% af mændene i alderen 40-65 år i projektperioden. Analyserne viser, at målet er nået for kvindernes vedkommende med præcis 10%, mens sundhedsbussen har været besøgt af 7% af kommunens mandlige beboere i de definerede aldersgrupper¹¹. Gennemsnitsalderen for besøgende i sundhedsbussen har været knap 59 år, så generelt har de ældre aldersgrupper været overrepræsenterede.

Det er naturligvis interessant, hvorvidt et mobilt sundhedscenter frem for et stationært har betydet, at der er opnået kontakt med flere borgere. Det er imidlertid ikke lykkedes at finde et velegnet sammenligningsgrundlag til at belyse dette.

I forhold til målet om at nå den lokale befolkning på Stevns, viser analyseresultaterne, at det har været en fordel at kunne parkere bussen på steder, hvor borgere kommer forbi i anden anledning – det vil sige offentlige steder i kommunen, hvor der kommer mange mennesker i forbindelse med indkøb, ærinder mv. Borgerne angiver, at det har haft betydning for deres benyttelse, at bussen har været tæt på deres bopæl eller på steder, hvor de har haft et ærinde.

Resultater fra den gennemførte spørgeskemaundersøgelse viser, at 84% af respondenterne vurderer, at sundhedsbussens holdsteder har været af betydning for deres besøg. Denne vurdering af bussens holdsteder handler om betydningen af den geografiske nærhed, herunder om bussen har været parkeret tæt ved borgerens bopæl eller været parkeret et sted, hvor borgeren har haft et ærinde. Således angiver blot 13%, at de ville have besøgt sundhedsbussen uanset geografisk holdsted.

I forhold til i højere grad at nå den ønskede primærgruppe handler bussens nærhed om, at der – ud over at være fokus på en geografisk nærhed – ligeledes kunne tænkes i en nærhed, hvor bussen indgår i de eksisterende lokale netværk og er en integreret del af det lokale by- og arbejdsliv. Analyseresultaterne viser, at projektet i høj grad har opnået kontakt med både kvinder og mænd med risikoadfærd defineret ved rygning, sundhedsskadelig stress, overvægt og/eller fysisk inaktivitet. Således har 72% af de kvindelige og 74% af de mandlige besøgende i sundhedsbussen en registreret risikoadfærd. Inkluderer de definerede alderskriterier (kvinder mellem 30 og 50 år og mænd mellem 40 og 65 år) udgør projektets primærgruppe imidlertid kun 19% blandt kvinder og 25% blandt mænd, der har besøgt sundhedsbussen. Det kan derfor konkluderes, at projektet med sundhedsbussen i mindre grad har opnået kontakt med den på forhånd definerede primære målgruppe, men at bussen i høj grad har opnået

¹¹ Se bilag 3.

kontakt med borgere i Stevns Kommune med risikoadfærd blot hovedsagelig i en ældre aldersgruppe end på forhånd afgrænset som primærgruppen. Det har endvidere vist sig, at der samlet set blandt besøgende i sundhedsbussen og deltagere i kursusforløb er en overvægt af borgere med en videregående uddannelse. Resultaterne fra sundhedsdata fra bussen viser, at den type risikoadfærd, som registreres hyppigst for både kvinder og mænd, er et højt BMI og et højt taljemål – det vil sige den type risikoadfærd, som har at gøre med overvægt og eventuel fysisk inaktivitet.

Det er således en udfordring for *Sundhed til døren* i højere grad at komme i kontakt med borgere i de yngre aldersgrupper med risikoadfærd, med mænd og med borgere uden en videregående uddannelse.

I forlængelse heraf er det interessant at vende tilbage til det kvalitative interviewmateriale, hvor der er fremkommet det synspunkt, at det er vanskeligt at nå aldersgruppen i den definerede primære målgruppe med et tilbud som det nuværende, dels fordi der kan være en barriere, der skal overvindes, for at opsøge et tilbud som *Sundhed til døren*, hvis man er stærkt overvægtig og/eller i meget dårlig form, dels fordi 30–50årige i den primære målgruppe kan have travlt med andre aktiviteter såsom arbejde, afhentning af børn, madlavning mv. i det tidsrum, hvor sundhedsbussen har været tilgængelig. Alternative måder at nå målgrupperne på kunne være en mere opsøgende tilgang i lokalområderne, hvor der gøres brug af eksisterende netværk, som mange i den primære målgruppe, i forskellige sammenhænge, allerede indgår i – eksempelvis i kraft af deres arbejde på en given arbejdsplads, som børnefamilie og involveret i den lokale børnehave eller som medlem af den lokale grundejerforening. I projektperioden har den anvendte bus været meget omfangsrig og har krævet et stort parkeringsareal, som har sat nogle begrænsninger for, hvor den kunne parkeres. Fremadrettet kunne bussen således tænkes mindre og mere mobil, hvor sådanne netværk kunne besøges og/eller have mulighed for at rekvirere et besøg af sundhedsbussen.

Det synes at være en forudsætning for at komme i kontakt med den primære målgruppe, at sundhedstilbuddet er til stede og synligt i lokalområderne, men det må samtidig vurderes, hvordan der mest hensigtsmæssigt kan veksles mellem faste holdesteder, ad hoc holdesteder og tilstedeværelse ved forskellige lokale arrangementer.

6.2 Sundere livsstil

Ud fra betragtningen om, at det er interessant at se på adfærden blandt den gruppe af borgere, der har benyttet tilbuddet, og som har en registreret risikoadfærd, er der i analyserne valgt at se bort fra de prædefinerede alderskriterier. Vi har således afgrænset en risikogruppe, som inkluderer alle borgere med en registreret risikoadfærd (overvægt, højt blodtryk, rygning eller fysisk inaktivitet).

Ved at tilbyde forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter har det været projektets sigte at bidrage til, at befolkningen i Stevns Kommune – fordelt på primære og sekundære målgrupper – opnår bedre viden om sund livsstil og i sidste ende nyder godt af projektet i form af en ændret livsstil og en forbedret trivsel og sundhed.

Analyseresultaterne viser, at gennemsnitligt 35% kom til bussen og fik bekræftet en sund livsstil, og det har også været det generelle indtryk blandt både medarbejdere og ledere, at en del besøgte sundhedsbussen med dette formål. 21% blev imidlertid opmærksom på et behov for at ændre livsstil, 20% blev motiveret til at leve sundere, mens 18% fik en større viden om sundere levevis. Generelt viser analyseresultaterne, at risikogruppen blandt både kvinder og mænd angiver at have haft det største udbytte af besøgene, i forhold til at have fået større viden om sund livsstil, at være blevet opmærksom på et behov for at ændre livsstil eller at være blevet motiveret til at leve sundere.

Kursusforløb om kost/vægttab og motion har fyldt mest i kursustilbuddene til den primære målgruppe. Stort set alle kursusedtagerne angiver, at de har haft et udbytte af at deltage i et kursusforløb. Næsten halvdelen af deltagerne (48%) angiver, at de er blevet motiveret til at leve sundere, mens ca. 1/3 mener, at de har fået ny viden om sund livsstil, eller at de har fået anvist muligheder for hjælp til at leve sundere. I forhold til at ændre vaner svarer gennemsnitligt 73% af kursusedtagerne, at de på baggrund af deltagelsen generelt fik sundere vaner.

Alt i alt synes en stor del af de besøgende, som har fået et sundhedstjek i det mobile sundhedscenter, og deltagerne i kursusforløb, at de har haft et udbytte i form af øget viden om sund livsstil eller en øget motivation til at leve sundere. Begge dele indgår som forudsætninger for en sundere livsstil i de teorier om sundhedsadfærd, som blev præsenteret i kapitel 2. En stor del af kursusedtagerne (73%) angiver endvidere selv, at de efterfølgende fik sundere vaner.

Hvis man ser på tværs af busbesøgende og kursusedtagere viser analyseresultaterne, i hvor høj grad risiko- og ikke-risikogruppen vurderer, at de har ændret livsstil. I spørgeskemaet er der spurgt ind til borgernes vurderinger af egne vaner inden for en række forskellige aspekter af livsstil på undersøgelsestidspunktet sammenlignet med tiden før de gjorde brug af et tilbud under projekt *Sundhed til døren*.

De største andele på tværs af risiko- og ikke-risikogruppe angiver en uændret tilstand i aspekter som motion, kostvaner, rygevaner, måltider og vægt. Ser man på de borgere, der angiver en ændring i positiv retning – fx at dyrke mere motion, at spise mere frugt og grønt, at spise mere groft og mindre slik og at veje mindre – så kan der spores en større andel i risikogruppen sammenlignet med ikke-risikogruppen. Borgere i risikogruppen angiver således i højere grad at have ændret vaner på en række livsstilsaspekter efter deltagelse i tilbud under *Sundhed til døren*. I det kvalitative materiale fremgår det imidlertid, at en egentlig livsstilsændring kan være længe undervejs og først opstå efter kontakten til *Sundhed til døren*. Endvidere viser det kvalitative materiale, at flere borgere har fået et godt udbytte ved en kombination af tilbud – fx kombinationen af individuel vejledning og/eller psykologbistand og et efterfølgende holdforløb. Det illustrerer, at det for primærgruppen kan være nødvendigt og konstruktivt at forholde sig til andre aspekter i livsstilen, førend fokus kan rettes mod motion, kostomlægning mv. Det er i god overensstemmelse med, at der ofte ses de bedste resultater af en kombination af tilbud (Wistoft m.fl. 2009).

I forhold til risiko- og ikke-risikogruppernes tilfredshed med aspekter som trivsel, den mad der spises, vægt og fysisk form kan der på samme måde spores en større tilfredshed i

risikogruppen på undersøgelsestidspunktet, når der sammenlignes med tiden inden de gjorde brug af *Sundhed til døren* – men igen skal det understreges, at de fleste respondenter svarer, at tilfredsheden er den samme. Alt efter livsstilsområde ligger denne andel i størrelsesordenen 65-91%, hvilket må siges at være store andele, som har benyttet projektet uden at opnå en øget tilfredshed.

Det er et interessant aspekt, hvorvidt borgere i risikogruppen, der har deltaget i et kursusforløb, i højere grad har fået sunde vaner, end borgere i risikogruppen, der alene har besøgt sundhedsbussen. Vi forventede på forhånd, at der er en større effekt af det længerevarende kursusforløb end et besøg i sundhedsbussen. Et review af effekter af rådgivning i almen praksis (Thorsen og Dalsted 2005) konkluderer blandt andet, at jo længere og mere intensiv den korte intervention/rådgivningen er, og jo flere elementer (herunder fx skriftligt materiale, opfølgende konsultationer) den indeholder, des større er sandsynligheden for en effekt på deltageres livsstil. Vi finder da også, at en større andel af deltagerne i et kursusforløb, end af besøgende i bussen, angiver at have fået sundere kostvaner, at dyrke mere motion eller at være gået ned i vægt. Dette kan ikke umiddelbart fortolkes som en større effekt af at deltage i et kursusforløb, da borgere der har deltaget i et kursusforløb på forhånd kan have været mere motiverede for at ændre livsstil end den gennemsnitlige busbesøgende, og at flere kursusedtagere derfor under alle omstændigheder ville have ændret livsstil. Men kursusforløbene kan naturligvis også have bidraget, men det er ikke muligt at fastslå omfanget.

Det er ikke lykkedes at finde et sammenligningsgrundlag til at afgøre, i hvilken udstrækning tilbuddene i *Sundhed til døren* har bidraget til ændringer i borgernes livsstil. Et litteraturstudie (Wistoft m.fl. 2009) peger dog på, at individuel vejledning og rådgivning kan medføre moderate positive ændringer i kostvaner hos personer med forhøjet risiko for sygdom og er effektiv på kort sigt som middel til at fremme det fysiske aktivitetsniveau blandt personer i risiko for at udvikle sygdomme relateret til inaktivitet. Den langvarige effekt er dog usikker. Det må således formodes, at borgerens angivne umiddelbare udbytte af besøg i sundhedsbus og deltagelse i kursusforløb er reelle og en følge af tilbuddet, da størstedelen netop har tilhørt en risikogruppe. Det er mere usikkert, i hvilken udstrækning de angivne mere langsigtede livsstilsændringer er en konsekvens af tilbuddene i *Sundhed til døren*.

Afslutningsvis kan der peges på, at det under interview med busbesøgende blev nævnt, at bussen er et godt supplement til de praktiserende læger. Det kan for borgeren forekomme oplagt at benytte bussen til spørgsmål, man ikke går til lægen med, fordi det endnu ikke udgør et problem, eller fordi problemet vurderes at være mindre. Borgerne fremhæver, at der i bussen er *tid* til information og vejledning, og at der er perspektiv i indsatsen i og med, at man bliver aktiveret og vejledt i selv at gøre en forebyggende indsats.

Der er dog borgere, der tilkendegiver, at den fysiske indretning i bussen har været et problem i form af manglende mulighed for at være uforstyrret under samtalerne med sundhedsmedarbejderen. Selv om der har været et afskærmet rum, er mange samtaler foregået, så ventende borgere har kunnet lytte med i samtalen. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, at samtaler gennemføres, uden at de bliver overhørt af andre.

Endelig peger medarbejderne på, at det i visse tilfælde har været en kilde til frustration, at der ved afslutningen af kurser ikke umiddelbart har været et alternativt tilbud i kommunen at henvise til. Frustrationen kommer sig af, at de borgere i primærgruppen, som projektet har formået at motivere og mobilisere, risikerer at blive "tabt", når tilbuddet ophører i og med, at det ifølge medarbejderne er en gruppe af borgere, som ikke umiddelbart melder sig i det lokale fitnesscenter efterfølgende. Forankringsaspektet – hvordan en ændret livsstil og ændrede vaner holdes ved lige gennem opfølgende tilbud – kunne således i højere grad overvejes.

6.3 Konklusioner og anbefalinger

Den overordnede konklusion fra evalueringen er, at det mobile sundhedscenter med holdsteder forskellige steder i kommunen har været en forudsætning for at komme i kontakt med en stor del af målgruppen. Det er imidlertid ikke muligt at angive omfanget.

Mere end halvdelen af de besøgende i sundhedsbussen og næsten alle deltagere i kursusforløb angiver selv, at de har haft et udbytte af besøget eller deltagelsen i forhold til en sundere livsstil. Borgerne har altså modtaget en rådgivning om sund livsstil, de synes at have haft gavn af. Det er mere usikkert, i hvilken udstrækning tilbuddene har haft en indflydelse på, at borgerne har udviklet en sundere livsstil på længere sigt. Flertallet af de besøgende i sundhedsbussen har ikke ændret livsstil, mens mere end halvdelen af kursUSDeltagerne angiver at have fået en sundere livsstil på ét eller flere felter ½-2½ år efter deltagelsen. KursUSDeltagelsen kan have haft en indflydelse, men evalueringen har ikke kunnet afdække, hvor stor en andel, der også uden kursUSDeltagelse ville have fået sundere vaner.

På baggrund af evalueringen kan følgende konklusioner og anbefalinger fremhæves:

- Stevns Kommune er gennem det mobile sundhedscenter i vid udstrækning kommet i kontakt med borgere med et potentielt sundhedsproblem. Det er ikke muligt at opgøre, hvad et *mobilt* sundhedscenter har betydet for omfanget, men sundhedscentrets nærhed og synlighed synes at have spillet en rolle for, at en stor del har aflagt besøg i sundhedscentret.
- Kommunen har opnået det fastsatte mål om, at komme i kontakt med 10% i den primære aldersgruppe af kvinder mellem 30 og 50 år, mens det tilsvarende mål for mænd mellem 40 og 65 år ikke er nået. Der opnåedes alene kontakt med 7%. Der kan således være brug for supplerende tiltag for at komme i kontakt med en større andel mænd i den primære aldersgruppe.
- Flertallet af de *besøgende i sundhedsbussen* angiver, at have haft et umiddelbart udbytte i form af fx øget viden om sund livsstil (18%), motivation til at leve sundere (20%), at de blev opmærksomme på et behov for at ændre livsstil (21%), eller at de har fået anvist muligheder for hjælp til at leve sundere(8%). Andelen med et udbytte er størst blandt besøgende med et sundhedsproblem, og omkring

¼ i denne gruppe, at de begyndte at dyrke motion eller ændrede kostvaner som følge af besøget.

- Stort set alle *deltagere i et kursusforløb* har oplevet et udbytte af deltagelsen i form af fx at blive motiveret til at leve sundere (48%), at få ny viden om sund livsstil (34%) eller at få anvist muligheder for hjælp til at leve sundere (34%). Omkring ¾ angiver selv, at de efter kursusdeltagelsen fik sundere vaner.
- På tværs af risiko- og ikke-risikogruppen angiver den største andel af deltagerne i *Sundhed til døren* en uændret tilstand med hensyn til at dyrke motion (70%), kostvaner (63-78%), rygevaner (70%), måltider (78-89%) og vægt (67%). Således har kun en mindre andel af borgere med kontakt til *Sundhed til døren* ændret livsstil ½-2½ år efter kontakten. Andelen er imidlertid størst i gruppen med en registreret risikoadfærd. Det samme mønster findes med hensyn til *tilfredshed* med livsstil.
- En større andel borgere, som har deltaget i et kursusforløb, end borgere i risikogruppen, der alene har besøgt sundhedsbussen, angiver at have fået sundere kostvaner og at være blevet mere fysisk aktive. Fx angiver 45% af kursusdeltagerne mod 28% af busbesøgende, at de spiser mere frugt og grønt, og 55% af kursusdeltagerne mod 26% af busbesøgende angiver at dyrke mere motion. Det er dog usikkert, i hvilken udstrækning der er tale om et resultat af deltagelse i et kursusforløb og ikke af en større motivation på forhånd.
- På baggrund af evalueringen kan det anbefales, at Stevns Kommune fortsætter med et sundhedstilbud, der kommer ud til borgerne og er synligt for borgerne. Det kan overvejes, hvordan nærheden til borgerne og tilgængeligheden kan styrkes.
- Det bør overvejes, hvordan opfølgende tilbud til borgere, der har været i et kursusforløb, kan styrkes med henblik på at øge mulighederne for at fastholde borgerne i en sund livsstil.

Litteratur

- Christensen, Anne Illemann, Maria Severin, Teresa Holmberg, Louise Eriksen, Mette Toftager, Anna Zachariassen, Ola Ekholm, Janne Schurmann Tolstrup, Morten Grønbaek og Tine Curtis (2009): *KRAM-undersøgelsen i tal og billeder*. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og TrykFonden smba. København.
- Ekholm, Ola; Mette Kjølner, Michael Davidsen, Ulrik Hesse, Louise Eriksen, Anne Illemann Christensen og Morten Grønbaek (2006): *Sundhed og sygelighed i Danmark & udviklingen siden 1987*. Statens Institut for Folkesundhed.
- Glanz, K.; B.K. Rimer & F.M. Lewis (red.) (2002): *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Green L.W. & M.W. Kreuter (2005): *Health Program Planning. An Educational and Ecological Approach*. McGraw-Hill Companies, New York.
- Kjølner, Mette; Knud Juel og Finn Kamper-Jørgensen (red.) (2007): *Folkesundhedsrapporten 2007*. Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet. København
- Servicestyrelsen (2009): *Evaluering af Rådgivnings- og forebyggelsescentre*. Servicestyrelsen.
- Stevns Kommune (2007): *Procesplan. Sundhed til døren*. Stevns Kommune:
<http://www.stevns.dk/page3772.aspx>
- Thorsen, Thorkil og Rikke Dalsted (2005): *Rådgivning i almen praksis om alkohol, kost, motion og rygning. En litteraturgennemgang*. Sundhedsstyrelsen. København.
- Wistoft, Karen, Torben Jørgensen, Ulla Toft, Ida Husby, Lucette Mellier, Mette Aadal og Camilla Berg Christensen (2009): *Sund livsstil – hvad skaber forandring?: med særligt fokus på mænd, unge og udsatte grupper*. København. Fødevarestyrelsen.

English Summary

Eigil Boll Hansen, Helle Bendix Lauritzen og Nichlas Permin Berger
Health on your Doorstep

The project “Health on your Doorstep” was conducted over the period 1 April 2007 – 31 December 2009 by the Municipality of Stevns, with the general purpose of bringing to light, advising on and preventing lifestyle-related illness among the residents in the municipality. In order to reach the man and woman in the street, the project included the establishment of a mobile health centre (“the Health Bus”), in which residents were offered the opportunity to have their state of health checked with reference to a number of lifestyle factors. The checks made it possible to identify those with health-risk behaviours in the categories of smoking, harmful stress, excess weight and physical inactivity, and also to give advice on healthy living.

AKF’s task was to evaluate:

- To what extent a *mobile* health centre was necessary in order to reach the relevant target groups
- To what extent the project contributed to improved short- and long-term well-being and health for the district’s residents.

These questions were studied by means of descriptive analyses of the *organisation, offers and methods* of the Health Bus and the associated courses. Analyses were also carried out of residents’ *use* of the Health Bus, and of the *benefits* of visiting the bus and of participating in the courses among those who took advantage of the offers. “Short-term” is to be understood to mean “immediately following participation”, whilst the evaluation was able to measure a possible indicator of well-being and health over the longer term only by looking at the residents’ lifestyle and habits, and their satisfaction with these, approximately ½–2½ years after participation.

The design of the evaluation combines data from the health checks carried out in the Health Bus, data obtained by questionnaire, and qualitative data from interviews and documents. The evaluation of the benefits of Health Bus visits and course participation is based on self-reported benefits and changes in health-related habits. The principal findings of the evaluation are summarised in the following sections.

Value of a mobile health facility

With regard to the first question, relating to the necessity of a mobile health centre for reaching the relevant target groups, a questionnaire found that 84 per cent of respondents considered that the location of the Health Bus had encouraged them to visit it. Among other

things, this reflects the fact that the bus had been parked at locations where they had tasks to perform or that were close to their homes.

It was thus advantageous from the point of view of reaching the residents of the Municipality of Stevns to offer a mobile facility, as the bus was able to park in locations where residents came for other reasons – i.e., public places within the municipality, where many people come to shop or carry out other tasks.

Who came in – was the primary target group being reached?

Health checks were carried out in the Health Bus on 1568 members of the public in the period 1 April 2007 – 30 June 2009. However, the number of people who were recorded as having received a check should be augmented by the unknown number of people who visited the bus without having a (recorded) check performed.

The majority – 60 per cent – of visitors to the bus were women. The analysis further reveals that the project to a large extent succeeded in reaching both women and men with risk behaviour defined by smoking, harmful stress, excess weight, and/or physical inactivity, with 72 per cent of female and 74 per cent of male visitors to the bus being recorded as having these types of risk behaviour.

The higher age-groups were over-represented among visitors to the bus, as were people with a higher education.

Healthier lifestyle

The second question, concerning the extent to which the project contributed to improved short- and long-term well-being and health for the residents in the municipality, was studied by analysing self-reported benefits and behaviour among the group who took advantage of the offer and for whom the Health Bus checks recorded risk behaviour. In the analyses, a risk group was accordingly defined, which was limited to include persons with recorded risk behaviour (excess weight, high blood pressure, smoking or physical inactivity).

According to the analysis results, 35 per cent on average of visitors to the Health Bus stated that the visit had confirmed that their lifestyle was healthy. That can hardly be interpreted as a substantial benefit, but more than half realised that they needed to make changes in their lifestyle, for example, or gained wider knowledge about healthier living, or became motivated to live more healthily. Analysis of the health data from the bus reveals that the type of risk behaviour most commonly recorded for both men and women was high BMI and high waist circumference – in other words, the type of risk behaviour that has to do with excess weight and possible physical inactivity. The risk group among both men and women reported that the greatest benefit from the visits related to having gained wider knowledge about healthy living, having realised that they needed to change their lifestyle, or having been motivated to live more healthily. One in four of those composing the risk group further stated that they had begun to take exercise or had changed their eating habits in consequence of their visit to the bus.

The courses, which were open only to persons with risk behaviour, and which devoted most attention to the topics of diet, weight loss and exercise, attracted 200 participants. By

and large all participants stated that they had benefitted from attending. Almost half (48 per cent) stated that they had been motivated to live more healthily, while about one in three thought that they had learnt something new about healthy living, or had been shown ways of getting help to live more healthily. With regard to changing habits, 73 per cent of participants stated that they had adopted healthier habits generally as a result of participating.

Overall, a large percentage of course participants and of visitors who were given a health check in the mobile centre considered that they had obtained a direct benefit in the form of greater knowledge about healthy living or increased motivation to live more healthily.

Long-term lifestyle changes

As an indicator of long-term well-being and health we investigated, across the categories of bus visitors and course participants, to what extent the risk and non-risk groups had made lifestyle changes $\frac{1}{2}$ -2 $\frac{1}{2}$ years after visiting the bus or participating in a course. We also looked at their degree of satisfaction with their lifestyle and habits. The questionnaire asked for an assessment of own habits in relation to a number of different aspects of lifestyle at the time of the study as compared with the time prior to taking up one of the “Health on your Doorstep” offers.

Across the risk group and the non-risk group, the greater part of participants in “Health on your Doorstep” reported no change as regards exercise (70 per cent), eating habits (63–78 per cent), smoking (70 per cent), meals (78–89 per cent) and weight (67 per cent). Looking at those who reported a change for the better, the percentage who, for example, took more exercise, ate more fruit and green vegetables, ate more wholefoods and less sweets or had lost weight, was greater in the risk group than in the non-risk group. Thus, it was the risk group that to a greater extent reported having adopted healthier habits in a number of aspects of lifestyle following participation in “Health on your Doorstep” offers.

With regard to the *satisfaction* of the risk group and the non-risk group with aspects such as well-being, food consumed, weight and physical form, greater satisfaction can be observed in the risk group at the time of the study as compared with the time before taking up a “Health on your Doorstep” offer. Again it should be emphasised that the majority of respondents reported their level of satisfaction as being unchanged. Depending on area of lifestyle, this group is of the order of size of 65–91 per cent.


We also found that a greater percentage of course participants than of bus visitors with risk behaviour stated that they had adopted healthier eating habits, were taking more exercise or had lost weight. It cannot be excluded that a part of this difference is attributable to course participation, but it is probably also significant that those who attended a course can be presumed to have been more motivated in the first place to make lifestyle changes than the average bus visitor, and that therefore the proportion of course participants making lifestyle changes would have been larger in any case.

Main conclusions


The general conclusion to be drawn from the evaluation is that the mobile health centre parked at various locations throughout the district was necessary to reach a large part of the target group. However, it is not possible to state to what extent.

More than half the visitors to the Health Bus and almost all course participants reported that their visit or participation had yielded them benefits relating to a healthier lifestyle. They had thus been given advice on healthy living that they seemed to have gained from. It is less certain to what extent the offers had influenced people towards developing a healthier lifestyle in the longer term. The majority of Health Bus visitors had not made lifestyle changes, while more than half of the course participants reported having adopted a healthier lifestyle in one or more respects $\frac{1}{2}$ – $2\frac{1}{2}$ years after the course. Course participation may have had an influence, but the evaluation was not able to establish what percentage would also have adopted healthier habits without it.

Bilag 1: Skema "sæt tal på din sundhed"



sundhed til døren



Sæt tal på din sundhed

Konditionstest:

Belastning: kg

Arbejds puls:

SLAG/PR. MIN.

Dit konditionstal:


ML. LT/PR. MIN/PR. KROPSVÆGT


Din fedtprocent: %


Det svarer til: kg

BMI	Talje	Blodtryk	Blodsukker	Kulilte	Motion
Vægt: <input type="text"/> kg Højde: <input type="text"/> m BMI: <input type="text"/>	<input type="text"/> Cm	Systolisk: <input type="text"/> mmHg Diastolisk: <input type="text"/> mmHg Puls: <input type="text"/> SLAG/PR. MIN.	<input type="text"/> mmol/L	<input type="text"/> ppm	<input type="text"/> MINUTTER
18,5-24,9 (normal)	Kvinder: < 80 cm Mænd: < 94 cm	< 140 / 90	< 6,1 Diabetes usandsynlig	< 5 (Passiv / ikke ryger)	> 30 min.
<18,5 (undervægtig) & 25-29,9 (overvægtig)	Kvinder: 80-88 cm Mænd: 94-102 cm	140-159 / 90-99 (mild)	6,1 - 12,1	5 - 10 (Let ryger)	30 min.
30-34,9 (fedme I) Over 35 (fedme II >)	Kvinder: > 88 cm Mænd: > 102 cm	160-179 / 100-109 (moderat)* > 180 / 110 (svær)**	> 12,2 (Diabetes mulig)**	10-20 (Gennemsnitsryger) > 20 (Storrryger)	< 30 min.

* Evt. henvendelse til egen læge.
 ** Henvendelse til egen læge.







Dato:

Int.:

Navn:

CPR-nr.:

Ikke aktuelt
 Alkohol
 Henvist til egen læge
 Vejledt - fortsætter selv
 Kost
 Motion
 Er i behandling
 Ønsker ikke tilbud
 Rygestop
 Stress
 Opfordret til at komme igen

Bilag 2: Definition af risiko- og ikke-risikogruppen

Afgrænsningen af risiko- og ikke-risikogruppe bygger på de test, der blev gennemført, og det skema, der blev anvendt i sundhedsbussen. De grå felter angiver kriterierne for inklusion i risikogruppen.

	BMI	Talje	Blodtryk	Blodsukker	Kulilte	Motion
	Vægt i kg. Højde i meter BMI = vægt / (højde x højde)	_____ cm.	Systolisk: ____ mmHg Diastolisk: ____ mmHg Puls: _____ slag/pr. min.	_____ mmol/l	_____ PPM	____ Minutter
😊	18,5-24,9 (normal)	Kvinder: <80 cm. Mænd: <94 cm.	<140/90	< 6,1 (diabetes usandsynlig)	<5 (Passiv / ikke-ryger)	> 30 min
😐	<18,5 (undervægtig) & 25-29,9 (overvægtig)	Kvinder: 80-88 cm Mænd: 94-102 cm.	140-159 / 90-99	6,1 – 12,1	5-10 (Let ryger)	30 min.
😞	30-34,9 (fedme I) Over 35 (fedme II)	Kvinder: >88 cm Mænd: >102 cm.	160-179 / 100-109 (moderat) * & > 180 / 110 Svær) **	>12,2 (Diabetes mulig) **	10-20 (gennemsnits ryger) > 20 (Storryger)	< 30 min.

* Evt. henvendelse til egen læge

** Henvendelse til egen læge

Bilag 3: Kontakten til de primære aldersgrupper

Tabel 1: Personer som har besøgt sundhedsbussen alder og køn. Primære aldersgrupper fremhævet med fed

		Mænd	Kvinder	I alt
Alder	0-9	0	3	3
	10-19	11	43	54
	20-29	42	70	112
	30-39	43	145	188
	40-49	85	167	252
	50-59	123	156	279
	60-65	86	96	182
	66-69	68	174	242
	70-79	119	77	196
	80-89	55	4	59
	90-100	1	0	1
I alt	–	633	935	1568

Tabel 2: Folketal i Stevns Kommune efter tid (oktober, 2009), alder og køn. Primære aldersgrupper fremhævet med fed

		Mænd	Kvinder	I alt
Alder	0-9	1322	1180	2502
	10-19	1419	1299	2718
	20-29	793	686	1479
	30-39	1324	1338	2662
	40-49	1673	1695	3368
	50-59	1627	1587	3214
	60-64	965	1652	2617
	65-69	735	–	735
	70-79	865	877	1742
	80-89	306	458	764
	90-99	30	117	147
	100-109	0	1	1
	I alt	–	11.059	10.890

Kilde: www.statistikbanken.dk FOLK1: Folketal efter kommune/region, køn, alder, civilstand, herkomst, oprindelsesland og statsborgerskab

Tabel 3: Andel af de primære aldersgrupper i Stevns Kommune, som har besøgt sundhedsbussen, efter køn.

	Udregning	Procent
Kvinder	3033/312	10
Mænd	4265/294	7



Sundhed til døren

Stevns Kommune gennemførte i 2007-09 et projekt, hvor man ønskede at opspore, rådgive om og forebygge livsstilssygdomme blandt kommunens borgere. For at nå ud til den brede befolkning etablerede kommunen et mobilt sundhedscenter, der kørte rundt til kommunens landsbyer og holdt ved centrale steder i kommunen fx rådhus, supermarkeder og skoler. Som en del af *Sundhed til døren* fik borgerne også tilbudt kurser om kost og vægt, motion, rygestop og stresshåndtering.

AKF har evalueret:

- i hvilken udstrækning et *mobilt* sundhedscenter har været en forudsætning for at opnå kontakt med de relevante målgrupper,
- i hvilken udstrækning projektet medvirker til, at borgerne i Stevns Kommune på kort og lang sigt opnår en forbedret trivsel og sundhed.

Den overordnede konklusion er, at Stevns Kommune i vid udstrækning har fået kontakt til borgere med risikoadfærd i form af fx overvægt eller fysisk inaktivitet. En stor del af de besøgende og deltagerne i kursusforløbene siger, at de har fået et umiddelbart udbytte, fx har de fået mere viden om sund livsstil og er blevet motiverede til at leve sundere. Men ½-2½ år efter er det kun en mindre del, der fortsat har en ændret livsstil.